

مجلة المعهد الطبي العربي

نبحث في الطب والصيدلانية وجميع فروعها

يصدرها في دمشق بصورة

المعهد الطبي العربي
مرة في الشهر ما عدا شهري آب والهلل

رئيس انشائها

الدكتور مرشد خاطر

استاذ الامراض والسريريات الجراحية

وعضو المجمع العلمي العربي

دمشق : سورية

السنة الثالثة عشرة

١٩٣٨



طبع في مطبعة الجامعة السورية

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في ايار سنة ١٩٣٨ م . الموافق لربيع الاول سنة ١٣٥٧ هـ .

سنتنا الثالثة عشرة

اجتازت مجلتنا سنتها الثانية عشرة ودخلت عامها الثالث عشر وهي لا تزال متبعة خطتها القديمة التي تستند الى قاعدتين اساسيتين : خدمة الطب ورفع مستواه في البلاد السورية بما تفسره من الابحاث الطريفة والاختبارات التي يقوم بها الاطباء الممارسون في سورية وخدمة اللغة العربية ببحث المصطلحات الجديدة لما يستحدث في كل يوم .

وان من نظر الى سنواتها السابقة وسنواتها المتأخرة رأى البون الشاسع بينها فهي تبج دائماً الى الامام سائرة بخطى قصيرة غير انها ثابتة فلا تمثر قدماها .

وقفنا الله الى متابعة هذا الجهاد العلمي بمؤازرة الزملاء الافاضل لتؤدي الى لغتنا ما لها علينا من حق وواجب .

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلاثاء ١٢ نيسان ١٩٣٨

١ — الطيان ترايو ووحيد الصواف ، استرخاء كبدي وتناذر شوفار : ان اقتراب هذين التناذرين مع انهما شديدا التباعد لا مفر منه في البلدان التي يتفشى فيها داء المتحولات . فقد جاء المؤلفان بمشاهدين مختصرتين دارتا على شخصين مقلولين مع كبد ضخمة مؤلمة . وقد كانت آفة القلب شديدة وكافية للافضاء الى الاسترخاء القلبي ، فهل الكبد الضخمة قلبية المنشأ ؟ وفي سوابق المريضين زحار وفي برازهما متحولات ، والكريات البيض مزداة في دماهما وكثيرات النوى متفوقة في الصيغة الدموية فكل هذا يرجع كفة تناذر شوفار . عولج المريضان بالامين فزال الشك وعادت الكبد الى حدودها الطبيعية وزال ألمها وانقطع الاسهال ورجعت صيغة الدم الى حالتها الطبيعية ونقصت الكريات البيض .

٢ — الطيم اسعد الحكيم ، حادثتا رقص سيدنهام لم تنجح فيهما الدواوة المألوفة وشفتيا بالدواوة الحرووية الكبرى : مشاهدتان اوردهما المؤلف خابت في معالجتهما الادوية المألوفة : الاتبرين والبرومور والزرنيخ ونجحت الحقن المضلية بالسوانموزين (sulfosine) التي تحت الاضطرابات الحركية المناقشة : ترايو ، حكيم

٣ — العلم اسمد الحكيم ، حادثة شلل عام اختلاطي ومترق تحسنت بالدواة
الحرورية الصنية : شلل عام اثبته الفحوص المخبرية متصف بهذيان الثروة
والعظمة لم يغد فيه التليح بالبرداء وقد افاد فيه حقن الوريد بالملكوس
فائدة حسنة بعد ان احدث ارتكاساً شديداً وارتفعت الحرارة فزالت
العلامات المرئية والتشوشات الهذيانة .

الناقشة : ترابو ، حكيم

٤ — العلم شارل ، كيس نظير الجلد في الجيب الضلمي الحجابي الايمن :

كشف الرسم الشعاعي هذا الكيس صدفة مبيناً ان في الجيب الضلمي
الحجابي الايمن ورماً بحجم البرتقالة . وقد تحدي هذا الورم بالطريق عبر
غشاء الجنب بعد قطع ضلعين فكشف ورم تحيط به قشرة من غشاء الجنب
مرتكز على الحجاب سهل السلخ عن العضلة والجدار . وبعد استئصاله وشقه
تبين انه كيس نظير الجلد فيه سائل وقطع عظمية واتقاص اسنان ، ويظن
المؤلف ان ظهور هذا الكيس في الجيب الضلمي الحجابي نادر جداً ولم
يذكره المؤلفون حتى الآن .

الناقشة : ترابو ، شارل

٢٠٠ خ .

١ - استرخاء كبدي مع تناذر شوفار

للدكتورين : ج . ترايو ووحيد صواف

ان مثل هذا التقارب بين تناذرين سريريين بعيد احدهما عن الآخر لا يكاد يخطر على بال السردي الا في البلاد الحارة . وكثيراً ما تطرح على البحث في بلادنا مسألة التشخيص التفريقي بين هذين التناذرين واليكم مشاهدتين مختصرتين توضحان ما نقول :

المشاهدة الاولى : - مريض اسمه محمود سعيد ، فلاح عمره ٥٠ عاماً دخل المستشفى يشكو زلة ، في سوابقه زحار متحولي لم يعالج المعالجة الكافية بالأمتين . ولدى الفحص تبين انه يشكو آلاماً شديدة في المراق اليمنى وان كبده ضخمة متجاوزة الحافة الضلعية وخاصة الحافة الكاذبة منها ، الطحال غير مقروص ولا مجسوس والصفاق حر ، القلب ضخم جداً لا يمكن تعيين قته ، ساحة الصمم القلبي متسعة ، ضربات القلب خافتة يسمع فيها صوت العدو ، ودرجة التوتر الشرياني ١٣ - ٧,٥ ، بزل التأمور فاستخرجت منه بضعة ستمترات من سائل مدمى ، في قاعدتي الرئتين خراخر فرقية خفيفة وفي البول آحين . وليس في البراز بالفحص المجهرى طفيليات فهل المريض والحالة هذه مصاب بكبد شوفار الالتهابية ألم بكبد قلاية ؟

بين فحص الدم ان الكريات البيض يقرب عددها من عشرة آلاف

وان نسبة كثيرات النوى فيها تبلغ ٧٠ ٪/ وقد أدت المعالجة التجريبية بالامتئين الى نقص حجم الكبد التي استعادت اقطارها الطبيعية والى زوال الألم الموضعي منها .

الشاهدة الثانية : - عبده الموالي لحام عمره ٦٠ عاماً دخل المستشفى لودمة في الطرفين السفليين والصفن والأجفان . ليس في سوابقه ما يستحق الذكر ولدى الفحص لوحظ في زوره التهاب قصبات واتفاخ رثة مع بؤرتين احتقائيتين في القاعدتين ، القلب ضخم تضرب قفنه الورد الحامس على الخط الحلمي وقد يته الاشعة كبيراً بشكل القبقاب (cœur en sabot) وكشف الاصغاء اليه صوت عدو فيه ، درجة التوتر الشرياني ١٣٥ - ٧٥ والنض ٨٠ - ٩٠ في الدقيقة. وقد بين فحص الجهاز الهضمي ان المريض مسهل مزحور يتغوط ٣ - ٤ مرات في كل ٢٤ ساعة وان في برازه مخاطاً الا ان الفحص المجري المباشر نفى الطفيليات في البراز ، وان الكبد ضخمة جداً يبلغ ارتفاع صممها ثمانى اصابع على الخط الحلمي وتجلس حافتها السفلى بتمام السهولة .

فهل المريض والحالة هذه مصاب بكبد استرخائية أو بكبد شوفار الالتهابية؟ بين الفحص المجري ان عدد الكريات البيض يقرب من عشرة آلاف ايضاً وان نسبة كثيرات النوى فيها ٦٨ ٪/ وقد ادت المعالجة التجريبية بالامتئين الى نقص عدد التغوط والى زوال الزحير وعودة الكريات البيض ونسبة كثيرات النوى فيها وصمم الكبد الى حدودها الطبيعية واخيراً الى زوال الألم الموضع

هذه هي الوقائع السريرية ومثل هذا الاحتمال : التردد بين كبد قلاية وكبد زحارية نادر في اوروبة بينما هو كثير الوقوع في سورية، ومنغرى هاتين المشاهدين هو انه لا يمكن ان تعتبر قلاية كل كبد كبيرة ومؤلمة تشاهد في اثنائه مرض قلبي ولو بلغ هذا المرض درجة الاسترخاء اذا لم تكن هنالك جميع اعراض الاسترخاء واضحة وضوحاً كلياً . كيف لا والاسترخاء الكبدي دون اي علامة اخرى دالة على قصور القلب نادر جداً . ومتى كان في سوابق المريض زحار او اسهالات مع براز مشبوه ولو غابت منه الطقليات يستحسن ان يلجأ الى فحص الدم الذي اذا بين ازدياد الكريات البيض وازدياد كثيرات النوى فيها خاصة يرجح كفة التهاب الكبد (لشوفار) الكثير الوقوع في بلادنا . ويثبت ذلك فيما بعد نجاح الأمتين في رد الكبد الى حدودها الطبيعية وفي اعادة الصيغة الكروية الى مستواها المادي . واذا كان التحسن بطيئاً وغير حاسم يتحقق آتئذ استرخاء الكبد الذي يثبتته الديجتالين . وان احتمال وجود كبد قلاية وزحارية ممأ فكرة لا يمكن قضيا مطلقاً .



٢ - حادثا داء رقص سيدنهام لم تنجع فيهما

الداواة المتبعة وقد شفيتا بالمعالجة الحرارية الكبرى

للطبيب اسد الحكيم

شاهدت منذ بدء السنة الحاضرة ست حادثات داء الرقص اربع منها شفيت بالداواة بالساليبالات والانتيرين ومركبات الزرنيخ والبرومود وحادثتان لم تؤثر فيهما هذه المعالجة فلبأت فيهما الى الداواة بالحرارة الصنعية فشفيتا وهما :

الحادثة الاولى : ر. م. ولد عمره عشر سنوات . من مأذنة الشحم . تليذ . اصيب في ايار من السنة ١٩٢٧ بداء الرقص وعولج طيلة سبعة اشهر بدون جدوى . استشارني في ٥ كانون الثاني من السنة ١٩٣٨ فألقيته نجيف البدن . هزياً . متحول الانتباه . عديم الاستقرار . مصاباً بحركات مفاجئة عفوية غير منتظمة في الطرفين العلوي والسفلي الايسرين تمتد احياناً وبصورة خفيفة الى اصابع اليد اليمنى والى الوجه . فهو لا يستطيع السكون كما انه يتعذر عليه استخدام يده اليسرى لنقل الاشياء والقبض عليها . مشيه غير منتظم ضربات قلبه سريعة ولكنها منتظمة . النوم مضطرب . الاختلاجات غائبة . عالجته شهراً بالانتيرين ومركبات الزرنيخ والبرومود فلم تنجح فيه هذه الداواة . وفي ١٦ شباط سنة ١٩٣٨ حققت عضلة اليه باستمترين من محلول

السولفورزين فصعدت حرارته غبست ساعات الى 40° بعد ان اعترته قشعريرة شديدة ثم هبطت الى 38° في اليوم الثاني وعادت طبيعية في اليوم الرابع . وفي اليوم الخامس اعدت له حقنة السولفورزين فارتفعت الحرارة كالاول . وقد كانت حركاته تزداد ويضطرب ويهذي في اليوم الاول من ارتفاع الحرارة ثم يأخذ بالسكون تدريجياً في الايام التالية . وغب خمسة ايام اخرى حقنته بالثالثة وبعدها باسبوع شاهدت المريض بحالة السكون والخمود ، في شفتيه اندفاعات قوبائية وقد زالت حركات طرفيه العلوي والسفلي الايسرين واصبح باستطاعته السكون مع التكلم مدة طويلة . وشاهدته في ٢ الجاري بحالة الشفاء وقد عاد الى المدرسة

الحادثة الثانية : ف . ج . بنت عمرها ١٤ سنة . من محلة سوقساروجة . اصببت في ١٠ تشرين الاول سنة ١٩٣٧ بداء الرقص . عالجها المشايخ مدة ثم الاطباء . استشارتني في ١٨ كانون الثاني سنة ١٩٣٨ فألقيتها مصابة بحركات رقصية شديدة في طرفيها العلوي والسفلي الايسرين وفي عضلات الوجه تمتد بصورة خفيفة الى الطرفين العلوي والسفلي اليمينين . فهي لا تستطيع الاستقرار ولا المشي المنتظم ولا استخدام يديها لقضاء حاجاتها . تتلثم بالكلام . قلبها سالم . عالجتها بمركبات الزرنيخ وبالساليسلات والفاردينال شهراً بدون جدوى . في ٢٠ شباط عالجتها بحقن السولفورزين في العضل فحقنتها ثلاث حقنات كل واحدة منها ستخمران بفاصلة خمسة ايام ما بين الواحدة والاخرى . فكانت حرارتها ترتفع في اليوم الاول الى الاربعين ثم تهبط الى 38° وفي اليوم الثالث او الرابع الى 37° . وقد لوحظ التحسن

جلباً في عقب الحقنة الثانية . وبما اتى غادرت دمشق في عقب الحقنة الثالثة لم اشاهد المريضة الا في ه البجاري فرأيتها بحالة الشفاء لا تشكو سوى ضعف في القوى وهزال خفيف .

الناقصة : العليم ترايو : قلت انك عالجت مريضيك بمركبات الزرنيخ فايها اخترت وما هي الجرعات التي اعطيتها ؟

العليم اسعد الحكيم : اتى استعملت محلول بودن وقد اعطيت منه عشرة غرامات لولده عمره عشر سنوات

العليم ترايو : اتى اخبرني ان الحبة التي صادفها ناشئة عن قلة الجرعات المستعملة فان ولده عمره عشر سنوات يعطى حتى خمسة عشر غراماً في اليوم والاولاد يحملون جيداً هذه المركبات وقد عالجت في الشعبة كثيراً من المصابين بداء الرقص بمركبات الزرنيخ فقالوا الشفاء بها .

العليم اسعد الحكيم : ان احد مريضى كان قد عولج في المعهد الطبي وكان يحمل وصفة من احدى الميادات الخارجية فيه .

العليم ترايو : ان هذا ممكن في العيادة الخارجية ، والمرضى الذين اعينهم هم المرضى الذين دخلوا الشعبة وعولجوا فيها واما المرضى الذين يأتون العيادات وتوصف لهم الوصفات ولا تستطيع مراقبتهم فلست اعينهم بكلامي . ومتى خابت مركبات الزرنيخ في معالجة داء الرقص استفاد المرضى فائدة كبيرة من الطرطير المقيء .

٣- حادثة شلل عام اختلاطي و مترق

تحسن بالمداواة الحرودية الصناعية

خليل س . من دمشق . تاجر . أدخل مستشفى ابن سينا في ١١ كانون الثاني سنة ١٩٣٨ بناءً على الشهادة الطبية الآتية : « فاقد الملامكات العقلية . يعتدي على مقابله باللسان شتماً وباليد ضرباً ولكماً . بقاؤه بين افراد عيلته يهدد حياتهم . يلزم ارساله لمستشفى خاص بالامراض العقلية »

وقد تبين من درس سوابقه ان والديه توفيا في سن الشيخوخة بامراض عادية وان له ثلاثة اخوة واختاً في صحة جيدة ، اعزب . نشأته حسنة . يقرأ ويكتب . لا يدخن ولا يشرب المسكر . لا يُعرف انه اصيب بمرض زهري ، محافظ على واجباته الدينية . تأخرت حالته المالية منذ سنة . فكدر وتشوش . قل نومه . اخذ يكثر من الصلاة . يذهب ليلاً يزور قبر والديه . قل كلامه يصفن . قل طعامه . ثم اخذ يتكلم على انفراد وبمد ذلك بشهرين اخذ يتحرش بالنساء في الطريق ثم في البيت حتى بشقيقته ، سريع الغضب . يضرب يكسر . بلوث ثيابه . ثم بدأ فيه هذيان الثروة مع اهلاس بصرية . قُبِد بالحديد وحجر عليه في داره سنة وعولج عند المشايخ حتى ١١ كانون الثاني سنة ١٩٣٨ حيث ادخل المستشفى

لدى مايتته تبين انه في الخامسة والاربعين هزل . خاثر القوى . وسخ

اللسان . قدر الثياب . كرهه الرائحة . ممسكاً يده اعضاءه التناسلية . في اذنه اليسرى ودم دموي . في جسمه واطرافه كدمات رضية مع جروح . ضال في الزمان والمكان . متحول الانتباه . حسن الذّاكرة ولكنه بطيء التخطر، هذيان الثروة والغنى والشبق : متزوج بامرأتين . سيمطي الطيب واحدة له عشرة اولاد . يكسب كل يوم عشر ليرات . عنده مخازن وحوانيت . هو هنا في قصره . سريع تحول الانتباه . اهلاس سمعية وبصرية : يتكلم مع زوجته واولاده . يخاطب عماله . يرى فيراثاً في فراشه . يحاول طردها . يمزق ثيابه وشراشفه . يبرز في لباسه . لا يطلب الطعام اذا لم يطعم . يخدش جلده باظافره . بعض يديه باستانه . مما يدعو الى ضبطه بالقميص . قليل النوم الانعكاسات الوترية متزايدة . علامة ارجيل روبنسون ايجابية . في طرفه العلويين ولسانه رعشة خفيفة . يمشي مشية الثمل . التلفظ صحيح .

تفاعل واسرمان في الدم ايجابي شديد .

ضغط المائع النخاعي الشوكي بمقياس ، كلود ٣٨ . عدد الكريات البيض فيه ٤٤ في المليمتر المكعب ، مقدار الآح ٠٠٥٠ سنتيغراماً في اللتر . تفاعل واسرمان ايجابي شديد تفاعل شارغوفلا : ايجابي شديد . تفاعل الجاوي الغروي ايجابي .

ان العلامات السريرية الجسمية والنفسية والفصوص المخبرية الآتية المذكور تدل بصورة جلية على ان هذا المريض مصاب بالشلل العام المتري .

الدواة : في ٢٧ كانون الثاني حقن المريض بعشرين سنتمتراً من دم بردائي

ثلاثي عامله المصورات النشيطة (plasmodium vivax)

واخذ بتغذيته ومعالجته بالزيت المكوفر وخلاصة السكولا . مع المسكنات احياناً .

انظرنا ثمانية عشر يوماً فلم ترتفع حرارة المريض وسامت حالته الجسمية والنفسية واصبح في حالة اختلاطية نوامية (confusionnelle onirique) شديدة في ١٤ شباط عالجناه بحقن الدمليكوس في الوريد مبتدئين بمئتي مليون . لم ترتفع الحرارة .

في ١٧ منه حقن بـ ٣٢٥ مليوناً : رعشة خفيفة . ارتفاع الحرارة الى ٣٨° ،
في ٢٠ منه حقن بـ ٤٥٠ : رعشة شديدة . ، ، ، ٣٩.٥° تهيج
في ٢٤ منه ، ، ، ٥٥٠ : ، ، ، ، ٤٠° ،
في ٢٨ منه ، ، ، ٦٧٥ : ، ، ، ، ٤٠° ،

في ٤ اذار حقن بالمقدار نفسه فاعتريته رعشة شديدة غب الحقن بساعتين استمرت ساعة وارتفعت حرارته حتى الاربعين واستمرت ست ساعات ثم هبطت في اليوم الثاني الى ٣٧.٥° وكان يصحو قليلاً في اثناء الرعشة ثم يشتد هذيانه في اثناء الحمى ويخمد في عقبها مقدار يوم ثم يأتيه دور نشاط يطلب خلاله الطعام ويكثر فيه هذيانه وكلامه .

اخذنا بعد هذه الدودة بمعالجته بالسوفارسول حقناً تحت الجلد . فاعطي غراماً كل يوم مدة اربعة ايام فسامت حالته الجسمية . وظهر عليه عدم تحمل العلاج . وضمفت رؤيته وصار لا يميز الاشياء فاضطررنا الى وقف هذه المعالجة واعطاه المدرات ومقويات القلب . والمنشآت .

في ١٥ اذار سنة ١٩٣٨ عملت له سلسلة ثانية من حقن الدمليكوس بحسب

النظام الاول . فبدأ التحسن خلالها يظهر جلياً . وقد شاهدت المريض في عقيبها في ٦ نيسان سنة ٩٣٨ وقد تبدلت حالته السابقة الجسمية والنفسية : زاد وزنه . واشتدت قوته وشهيته . فغادر فراشه واخذ يمشي ويتجول وياً كل وحده وحسن ادراكه وزالت عنه الالهلاس ولم يعد يتفوط في لباسه واصبح مهتدياً في الزمان والمكان حسن الذاكرة والانتباه ينام في الليل ويتكلم بهدوء الا انه ما زال يهذي بالثروة وطلب الزواج بصورة محتشمة علامة ارجيل باقية، رعشة اللسان والاطراف زالت تماماً ، الانعكاسات الوترية اصبحت طبيعية .

عرضنا هذه المشاهدة لما فيها من فائدة من حيث خيبة الحقن بالدم البردائي في هذا المريض ومن حيث تماثله السريع الجسدي والنفسي بفعل الحمى الصنعية وحدها .

الناقشة : الطبيب ترايو ، هل اختبرت الستوفرسول السوداني اختباراً كافياً في مرضاك ؟ وهل صادفت كثيراً اضطرابات الرؤية التي ذكرتها في مشاهدتك ؟

الطبيب اسمد الحكيم : عالجت زهاء ثلاثين مريضاً بالستوفرسول السوداني ولم اصادف اضطرابات رؤية الا في هذه المشاهدة التي نقلتها اليكم الآن . والستوفرسول علاج حسن وفوائده باهرة .

الطبيب ترايو : قد استعملت هذا العلاج في مريض كان قد منع عن استعمال الادوية النوعية فكانت نتائجه حسنة .



التهابات الكلية البردائية والعلة الكلوية

نظيرة الشحم البردائية في البصرة

للعلم جمال الدين الفحام

طبيب وحدة النساء في مستشفى تذكاري مود (البصرة)

ان مدينة البصرة او بالأحرى لواء البصرة ، من اغنى الوية العراق بالامراض ، واذا شئنا ان نصف امراض هذه الناحية جاز لنا ان نجعل البرداء في الصف الاول منها .

ولعل اكثر ما يستلقت انظار الطبيب في السوابق الشخصية لمرضى هذا اللواء ، كثرة اصابهم بالنوب البردائية المكررة ، وليس هذا المرض فصلياً هنالك ، بل هو مرض دائم فلا يكاد يمر يوم الا ويرى الطبيب عدة اصابات بردائية في مرضاه ، ولا سيما اذا كان طبيباً لمستشفى كثير مراجعوه عنى ان الاطفال في هذه الناحية ، كما في غيرها ، اشد احساساً من سواهم نحو هذا الداء ، وضحاياهم كثيرة بل كثيرة جداً ، ولئن اردنا الوقوف على شدة فتك هذا المرض فيهم عدنا الى القاعدة المتبعة في ذلك وهي قياس الاشارة الطحالية (index splénique) فهي لا تقل في الاطفال واليغمان عن ٦٠٪ ان لم ترد عن ذلك ولا سيما في القرى ، واتي سأقوم باحصاء دقيق لاثبات هذه النسبة في عدد وافر .

يفهم من هذه المقدمة الموجزة ان درس البرداء واختلاطاتها في البصرة من الدروس المجدية الثمرة ، لان الباحث يتمكن فيها من عرض مئات الحوادث في مدة وجيزة .

وقد استرعى انتباهي من هذه المراقيل ، كثرة حوادث التهاب الكلية في هذا اللواء كثرة واضحة ، حتى ان قسم النساء في مستشفى تذكارمود لم يخل يوماً واحداً من عدد من المكتلين لا تقل نسبتهم عن ٢٥٪ من مجموع مرضى هذا القسم الباطنيين .

ان هذه النسبة الكبيرة لم اعتد مشاهدتها في قسم الامراض الباطنة للمستشفى العام في دمشق ، واتني لا ازال اذكر ان نسبة المكتلين هنالك لا تزيد عن ٤ - ٥٪ فالفرق كبير في النسبة بين هؤلاء واولئك ، وهذا الاختلاف الواضح بين القطرين دعاني الى زيادة البحث في اسباب هذا التباين .

ولا عجب ، ونحن في بيئة موبوءة بالبرداء ان يذهب تفكيري اليها قبل كل شيء ، وان احملها تبعة هذه الرقعة .

غير ان الذي اعلمه ، ويمله غيري ، ان التهاب الكلية البردائي مرض نادر وان استقرار البرداء في الكلية والهايا امر يكاد يكون شاذاً هذا ما كنت اسمعه من اساتذتي وهذا ما تذكره الكتب الطيبة في هذا الصدد ، ولئن عدنا الى مؤلفات الطب الباطن المختلفة وتصفحتنا باب التهاب الكلى ، ولا سيما مبحث الاسباب ، لا نجد من المؤلفين من يذكر البرداء في جملة اسباب المرض الحديثة او المؤهبة .

يد اتني ما زلت اذكر ان استاذنا العظيم ترابو ، وهو معروف بمناصرته للبرداء او بالاصح بعدائه لها لكثرة ما يحملها من تبعات ، وما يمزو اليها من عراقيل ، كان حدثنا اكثر من مرة ان البرداء قد تصيب الكلية وتلهاها التهاباً مزمناً .

ولقد اورد في احد اعداد هذه المجلة ، مشاهدة عن التهاب الكلية البردائي شاركه في تقديمها العظيم بشير العظمه ، واتني لا انكر ان الشك خالجي اذ طالمت الموضوع للمرة الاولى في ان الحادثة التي ذكرها كانت بردائية صرفة ، لاعتقادي ان المكلي قد يصاب بنوب بردائية فليس ما يدعو الى الغرابة اذا شاهدنا مصاباً بالتهاب الكلية يحمل اعراض البرداء . وان الطريقة التي اتبعها الاستاذ في معالجة مريضه لم تخرج كثيراً عن معالجة التهابات المكلي المعتادة ، الا باضافة الكينين كمضاد للبرداء .

اما الآن ، وقد تحققت خطأي في ذلك الشك اعود فاذكر جملة من الحوادث مؤيدة لما ذهب اليه استاذنا الفاضل ، وداعمة قسماً كبيراً من نظرياته البردائية .

ان عدد المضى الباطنيين الذين قبلوا المستشفى تذكرومود (في قسم النساء) بين تموز ١٩٣٧ ونيسان سنة ١٩٣٨ بلغ (١٤٣٣) مريضاً وعدد المكثلين منهم (٨٦) فنسبة التهاب الكلية فيهم هي ٢٣ / . بالنسبة الى مجموع الامراض ولكن أكانت هذه الالتهابات بردائية صرفة ام انها التهابات من طبيعة اخرى شاركها البرداء واعادتها اكثر وخامة ؟

ان الجواب عن هذا السؤال مستصعب جداً ، غير ان البحث الدقيق في

هؤلاء المرضى واستقصاء سوابقهم المرضية ، وكيفية بدء المرض فيهم وسيره كل هذا جعلني اقتنع ان البرداء كانت سبباً فعالاً في قسم غير قليل من هذه الالتهابات الكلوية . وان الفقرات التي سأوردها بعد قليل ، تؤيد ما ذهبت اليه ، وقبل ذكرها لا بد لي من ايضاح فعل البرداء في الكلى كما يحل الى وهو لا يختلف عن فعل بقية الالتهابات فيها .

فاذا كنا من المؤمنين بفرضية الالتهابات البردائية ، وقد اصبحت هذه القضية اقرب الى الحقيقة منها الى الفرضيات ، لم تعد صعوبة في تفسير الامراض فان الالتهابات البردائية تفعل في الكلية (ملحيتها ولحمها) فعل الالتهابات الاخرى فيها كذيفان الدفتيريا وسواها .

واذا كنا من ضمني الايمان بتلك الفرضية ، فلا ما يمنع المصورات الدموية عن الوصول الى كبب مأليني وسدها لشبكاتها واحداث تغيرات عميقة في نسيج الكلية تنتهي بتصلب الكلية وكبتها (cirrhose) او باحداث تغيرات اخرى في ملحيتها ، شبيهة بالتغيرات التي تحدث في الطحال والكبد والكظر وقشر الدماغ وغيرها .

وان البحث التشريحي المرضي الذي يجري على مثل هذه الكلى (في مختبر بغداد) سيكشف لنا القناع عن طبيعة التهابها وتحديد حصة البرداء منه ، واتي انتظر ورود اجوبة هذه الفصوص لاحداث قراء مجلتكم عن النتائج التي سنأخذها بعد حين .

وقد لاحظت في الاحصاء الذي اوردته الملاحظات الآتية :

١ - ان هنالك خمس حوادث من ادواء الكلية كانت من صف العلة

الكلوية نظيرة الشحم (néphrose lipoidique) (فولهارد) وعنده كشفها الفحص السريري وايدها المختبر بعد القصر المكررة وسأعود الى البحث في ذلك بتفصيل .

٢ - ان القسم الباقي من هذه الاصابات الكلوية ، مشكوك في اسبابه غير ان الثابت سريرياً ومختبرياً ، ان ما لا يقل عن ٨٥ ٪ من هؤلاء المكتلين كانوا مصابين بالبرداء ولا سيما المزمنة منها التي تتخلها نوب حادة ، مع ضخامات في الطحال مختلفة في درجتها بين الضخامات الخفيفة ، وعددها ضئيل ، والضخامات المتوسطة ، وهي اكثر عدداً ، والضخامات الكبيرة التي يلامس الطحال فيها العانة وهذه اقل اعداداً .

٣ - ان التهابات الكلية التي نشاهدها ، يكاد يكون مجموعها من نوع التهاب الكلية المزمن (داء برايت) بشكل انحباس الماء وبيلة الآحين (hydropi-gène et albuminurique) على ان انحباس البولة فيها قليل ، والشكل الحاد اقل . وعلى الرغم من ان بعض المرضى كانوا يراجعون المستشفى للاستشفاء من نوبهم الحمية التي كانت ترجعهم اكثر من التهاب الكلية ، فيجب ان لا يظن ان بيلة الآحين كانت موقفة وفي اثناء الحمى فقط ، لان شفاء الحمى يحقن الكينين او سواها ، لم تكن لتشفي المريض من مرضه الكلوي او بالاحرى من بيلة الآحين بل ان كمية الآحين في البول كانت تتجاوز النرامين في اثناء الحمى وتبقى بعد زوالها .

٤ - ان معالجة هؤلاء المكتلين ، ليست كافية - لتفريق بين التهاب الكلية السائر والتهابها البردائي ، لآن الكلية متى اصبحت مأوفة اعني متى

اصيب نسيجها بالتهاب والتخريب ، لا يعود العلاج المضاد للبرداء كافياً لشفائها ، بل لا بد في ذلك من اللجوء الى الادوية الاخرى من مدرات كلسية وسواها مع التزام الحمية الصارمة توصلاً الى تحسين حال المريض (ولست اقول الى شفائه) ومن المعالجة النوعية للبرداء التي لا بد منها لقطع شأفة الداء .

٥ - ان البحث في سوابق المرضى ولا سيما الشخصية منها كان مبهماً ولا يصح الاستناد اليه ، لانه وان يكن جل هؤلاء المكتلين ان لم اقل كلهم ، قد اصيب بتوب بردائية صريحة ، فان بعضهم بل الكثير منهم قد اصابوا ايضاً بامراض اثنائية واصابات بهارزائية لها قسطها الكبير البين في احداث المرض .

٦ - ان الفحوص المختبرية التي اجريت لهؤلاء المرضى تنفي الافرنجي فيهم ، كما ان فحص البول لم يكشف ييوض البهارزيا ، واعمارهم لم تكن تتجاوز الكهولة ، فان معظم المرضى كانوا من الاطفال واليافعان والقسم الثاني كان من الكهول والقسم الضئيل جداً من الشيوخ .
وبالاختصار :

أ - ان كثرة التهاب الكلى في هذه الناحية مناسبة لكثرة البرداء فيها .
ب - ان الاعراض البردائية الصريحة مرافقة لالتهابات الكلية في جميع الاصابات تقريباً .

ج - ان ليس ما ينفي او يمنع عامل البرداء او ذيفاناتها عن بلوغ الكلية والمهايها .

ان هذه الاسباب جعلتني ارجع ان للبرداء فعلاً كبيراً في الكلبي وانها سبب
محدث لقسم من التهابات الكلوية التي صادفتها في ممارستي الطب في البصرة .

.....

اما الحوادث الخمس من العلة الكلوية نظيرة الشحم - (néphrose lipo-
idique) التي مر ذكرها ، فاليكم مشاهداتها بإيجاز :

المشاهدة الاولى: عبد الرحمن عربي عمره ثمانى سنوات من مدينة البصرة .
ليس في سوابقه ما يستحق الذكر سوى اصابته بنوب بردائية وصفية ، دخل
المستشفى في ٣٠ تشرين الاول سنة ١٩٣٧ لوزمة منتشرة في البدن ظهرت
فيه قبل دخوله المستشفى بشهر واحد وقد ابتدأت بحمى عالية سبقها نافض
والم قطني ثم توذم الوجه فالصفن فسائر البدن ، والمريض ذو وجه واسع
مستدير وخدين بارزين وعينين مغضبتين لشدة توذم اجفانهما ، وطرفين
فيلين وصفن كبير عرطل بحجم بطيخة متوسطة الحجم وقضيب مخنق في
هذا التوذم الشديد . وبطن متورم ممتلئ سائلاً وجنب مغمم بالانسكاب
ان هذا المنظر السريري دعاني الى التفكير اولاً بالعلة الكلوية نظيرة
الشحم ، فاجريت الاختبارات الآتية :

الضغط الدموي الأعلى ١١ والادنى ٧ بمقياس فاكرز .

البولة الدموية : ١٨ سم في لتر من مصل الدم — واسرمان سليبي
الكولسترين : ٢٢٠ غم في لتر من مصل الدم

فحص البول : الآحين ١٤ غراماً في لتر من البول ،

الرسوب : كريات حمراء سلبية (-) . كريات بيضاء ايجابية (+) ،

ظهور اسطوانات شغافة (+) ، غنية بيوض بلهارزيا (-) ،
ظهور اجسام شحمية كاسرة للتور كسراً مضاعفاً (+) .
فحص البراز : لم يكشف شيئاً غير طبيعي .

ان تشخيص المرض اصبح ثابتاً ولا سيما بعد بزل البطن وانصباب الجنب
الذي كشف سائلاً الى الايضاض (حليبي المنظر) فيه كثير من الكريات
الشحمية كما ايد ذلك المختبر .

وان جس البطن بعد بزله اظهر ضخامة متوسطة في الطحال ، ولم يكشف
الفحص تميراً آخر في بقية الاعضاء .

عولج المريض بخلاصة الدرق والاعم والمدرات الكلية والتيوبرومين
مع الحية البنية .

ونظراً الى اصابته بالحُمى التي اظهر المختبر انها بردائية اعطي الكينين .
ان حالة المريض اخذت بالتحسن شيئاً فشيئاً وانتهى الامر بشفاؤه
وخروجه من المستشفى في ٣٠ تشرين الثاني ١٩٣٧ .

المشاهدة الثانية : ن . ل فتاة في الثانية عشرة من عمرها من سكان ابي
الحبيب ، دخلت المستشفى في ١٢ كانون الاول ١٩٣٧ لوزمة عامة
وانصبابات في اجوافها ، شخصت سريراً : انها مصابة بالملة الكلوية نظيرة
الشحم وايد المختبر ذلك .

عولجت كالسابق وتحسنت حالها غير انها عادت اليها في ١٠ شباط سنة
١٩٣٨ تشكو الاعراض نفسها ولكنها اخف ، وقد عولجت للمرة الثانية
وخرجت شافية في ٢٨ شباط ١٩٣٨

المشاهدة الثالثة : ل . ك : طفل في السادسة ونصف من عمره من الرباط الكبير راجع المستشفى لوذمة عامة وحالة سيئة ، فكان التشخيص السريري العلة الكلوية نظيرة الشحم ، غير ان اكمال فحص المريض واسعافه كانا متمذرين لسوء حالته العامة التي لم تمهله اكثر من ليلة واحدة ، لم تتمكن في خلالها من اجراء شيء من الفحوص سوى بزل البطن الذي استخرج به سائل حليبي كشفت فيه الكريات الشحمية .

المشاهدة الرابعة : بدرية عطية : البالغة من العمر ست سنوات من مدينة البصرة دخلت المستشفى في ٢٨ اذار ١٩٣٨ لوذمة عامة مع جبن في البطن وسحنة شاحبة ووجه مستدير شخصت سريريا (العله الكلوية نظيرة الشحم) وايد المختبر ذلك ، آحين البول ، ٩ غرامات لم تكشف الكريات الشحمية في ثقله ، اسطوانات شفاقة ، وخلايا كلوية بشرية ، غنية بيوض البهاوزيا . بولة الدم ٣٥ ، ستنغراماً واسرمان سلبى ، كولسترين الدم ١٠٨٥ سم في لتر من المصل .

سائل الجبن ، شحمي المنظر ، فيه كريات شحمية مجبرياً صولت المريضة كالسابق بالدرق والعم والمدرات والحمة فتحسن حالها تحسناً تدريجياً وهي لا تزال قيد المعالجة في المستشفى .
ولست حرارة المريضة مرتفعة في الحال الحاضر ولم ترتفع طيلة وجودها في المستشفى كما ان طعها ضخم ضخامة خفيفة .

المشاهدة الخامسة : ل . ن - طفلة في الخامسة من سننها ، دخلت في ٤ نيسان سنة ١٩٣٨ لجبن في البطن ووذمة غير شديدة في الوجه والاطراف

ان منظر الطفلة السريري لم يكن يدعو الى الشك في الملة الكلوية لان سحتها ووذمتها لا تشبه الحالات الاخرى التي مر ذكرها ، غير ان الفحص المخبري هو الذي وجه انظارنا الى المرض .

كشف فحص البول ١١ غراماً من الآحين في اللتر . واسطوانات حيوية قليلة واسطوانات شفاقة كثيرة في الرسوب .

ان اخذ الدم كان مستصعباً ليعار البولة والكولسترين ، لتوخم الاطراف وصغر الاوردة .

اما فحص السائل الجيني الحليبي اللون ، فقد كشف كريات شحمية . عولجت المريضة معاملة الملة الكلوية نظيرة الشحم ، فاخذت كمية الآحين بالنقص في البول ، والوذمة بالتحفة وهي الآن بعد ان مضى عليها في المستشفى ما يقرب من عشرة ايام بحالة حسنة وستخرج بعد مدة شافية ان شاء الله .

....

ان هذه المشاهدات الخمس هي التي لاحظتها في قسم النساء فقط من مدة لا تزيد عن تسعة اشهر وان نسبتها كبيرة اذا قيست بعدد حوادث التهاب الكلية فهي تقدر بـ ٦٠٪ من مجموع هذه الامراض .

ولا بد ، في ختام حديثي ، من ان الفت الانظار الى ان المرضى الخمسة الذين ورد ذكرهم هم بين الخامسة والثانية عشرة من العمر وفي سوابق جهمهم برداء صريحة ، كما ان بعضهم قد اصابوا وهم في المستشفى بنوب شفاها الكينين وكشف الفحص في دماهم المصورات الدموية .

وان السؤال الذي يتردد الى الذهن هو ، هل تفعل المصورات الدموية

في الدرق فعلها في الكلية مسية ماسماه فولهارد، الملة الكلوية نظيرة الشم؟
اتي ارجع هذه الفكرة ولكتني آسف ان البحث في تحقيقها مستصعب .
وليس لدي ما استند اليه في الاثبات اكثر مما ذكرت في الشق الاول من
هذا المقال .

ومجال البحث واسع والمستقبل كشف .



معالجة البرداء بإشراك النحاس والكينين

للعلم ريشار بوتييه

استاذ فن الجراثيم في التعليم العالي والمدير العلمي للاتحاد

الكيميائي البلجيكي (موديس)

ان البالدوكس (Paludex) علاج مركب معد لمعالجة الانواع المختلفة من البرداء . يدخل في تركيبه الكينين العلاج الناتج في الحالات البردائية ، وقد نشطت خواص الكينين فيه بضم مركب نحاسي عضوي اليه يعمل في الوقت نفسه في البدن فينشط دفاعه ويجدد فيه العناصر الدموية التي خربها الطفيلي ولسنا نرى فائدة في ذكر الخواص المضادة للبرداء المتصفة بهما ملاح الكينين فهي اشهر من ان تذكر . بل الغاية من هذا البحث اظهار خواص المركب النحاسي الذي اشرك مع الكينين فوهب للبالودوكس صفته الخاصة في معالجة الحميات البردائية .

فلتبدأ بتحديد هذا المركب العضوي النحاسي ولنبين خواصه بازاء مركبات النحاس الاخرى . ليس النحاس ، خلافاً لما شاع عنه ، مادة شديدة السمية فاذا احدث بعض من ملاحه اضطرابات خطيرة متى اخذ بطريق الفم ، وجب عزو هذه التشوشات الى صفات عارضة اي الى فعلها الكاوي الناتج عن شدة حموضتها . هذا ما يقال في كبريتات النحاس . ومهما يكن فان ملاح

النحاس العادية لا يشار بتناولها بطريق الفم.

ويستطاع في الكيمياء الحصول على صف من الاجسام تستتر فيه الخواص السامة التي يتصف بها العنصر المؤلفة منه . وقد عرف هذا الأمر في بعض من مشتقات الزرنيخ امتازت بخفة سميتها قالى هذا الصف ينسب الكوبرو او كسي كينولاين سولفونات سوديك - (Cupro - oxyquinoléine sulfonate sodique) الذي يدخل في تركيب البالودكس .

وقد اطلق على هذا المركب النحاسي اسم كوبروشين (Cuprochin) وفيه زهاء ٨,٥ ٪ من معدن النحاس . ويحمل الانسان منه غرامين في اليوم بدون اقل ازعاج وتقبله المدة غير مضطربة منه . فالكوبروشين هو العلاج المختار متى رغب في معالجة اساسها النحاس .

وقد ثبت ان النحاس عنصر لاغنى للبدن عنه وانه يلعب فيه دوراً كبير القائدة ، وان اجسام البشر والحيوانات لا تخلو منه البتة ومن الصفات الشهيرة التي يمتاز بها النحاس فعله في تجديد الدم . فهو يفعل بحسب سينجرس في تكوين خضاب الدم (الهاموغلوبين) ويعتقد شولز ايضاً ان النحاس يفعل في تكوين الكريات الحمر مباشرة .

وقد وافق عدد من المؤلفين شولز في رأيه وتقرر نهائياً ان للنحاس فعلاً لا ينكر في تكوين الكريات الحمر . وكثير من فاقات الدم المستعصية على المعالجة بالحديد لا تشفيها مستحضراته الا متى دخل في تركيبها جزء من النحاس وانه ليسهل علينا ، والحالة هذه ، ان نتصور الدور الاساسي الذي يقوم به مركب نحاسي في معالجة البرداء كيف لا وتخريب كريات الدم في مقدمة

الحواص التي تتصف بها هذه الحمى .

اضف الى ذلك ان التجارب التي اجريت في معالجة المفونات المختلفة ولا سيما السل بمشتقات النحاس قد اثبتت ان هذا المعدن يتصف بفعل مضاد للانسام وينشط وظائف الدفاع العامة في البدن . فالتحاس بحسب المقررات الحديثة منشط للجهاز الشبكي القارشي (*réticulo endothélial*) وقد ثبت ايضاً ان النحاس يزيد تكون الاضداد وينت الاختبارات كذلك ان بعضاً من الديدانات تمدله ملاح هذا المعدن وهذا ما يطل لنا فعلة المضاد للانسام .

ويستتج من ابحاث فان ينسب ان المركب النحاسي اذا لم يفعل فعلاً مباشراً في طفيلي البرداء ، مع ان التجارب على الطير والقرود قد اثبت فعلة التاجع فيه ، فهو يفعل في تنشيط وظائف دفاع البدن . وتعمل لنا هذه الاعتبارات ايضاً الحجة التي اعلنها هذا المؤلف في مرضى قد ضللت عدتهم فمجزوا عن تنظيم دفاعهم بازاء طفيلي البرداء .

فالبالودكس ، كما ذكرنا ، علاج مركب من جزء من ملاح الكينين وجزئين من الجسم النحاسي الذي يمد منشطاً للكينين بالنظر الى الحواص الثلاث التي يتصف بها : تنشيط دفاع البدن : تعديل الديدانات وتجديد الدم . ومما لا ريب فيه ان البالودكس يزيل طفيليات البرداء بسرعة من الدم المحيطي .

ويسكن الاقياء الكثيرة الحدوث في نوب البرداء الحادة وقد ثبت فعلة هذا .

ولا يقتصر فعله المنشط على خاصته المضادة للمفونة فقط بل يبدو تأثيره في الحالة العامة ايضاً فان المرضى المبالغين به يشعرون بمد بضعة ايام من استعماله ببساطة ويزداد وزنهم .

واستعمال الكيتين بشكل بالود كس يدفع محاذير جرعات الكيتين الكبيرة التي قد لا يتحملها بدن المريض ولهذا الامر قيمته في المباشرة على معالجة نوب البرداء . .

ويستعمل بالود كس في اشكال البرداء الحادة والمزمنة وتزول طقليات الحمى الثلث عادة في ٣ - ٥ ايام . فهو مستعمل في حمى الثلث السليمة والربع والثلث الخبيثة .

غير انه اكثر استعمالاً في :

— البرداء المزمنة التي ترافقها حالة عامة سيئة .

— وفي فاقات الدم وضخامات الطحال الناجمة عن البرداء .

— وفي الوقاية كمنهم للكيتين . فيستحسن . في النواحي الموبوءة ، اخذ بالود كس اسبوعاً كاملاً في كل فصل او كلما شعر الشخص بتعب او دعث . وتطاهر الحاملات بلا اقل خوف لان نسبة الكيتين فيه ضئيلة غير انه ممنوع متى كان الشخص لا يتحمل الكيتين وفي الحمى الصفراوية مع يلة خضاب الدم .

ويمطى بالود كس بشكل ملابس بطريق الفم . ويستحسن الامتناع عن شرب كميات كبيرة من السوائل بعده مباشرة ، واخذه بعيداً عن اوقات الطعام .

والمقادير اللازمة لمعالجة نوبة البرداء في انكهل هي ٥ ملبسات او ٦ - ٧ في كل يوم ،

ويعطى الاطفال الذين يزنون عشرة كيلو غرامات ملبستين في اليوم ومن وزن منهم ١٠ - ٢٠ كيلو غراماً ٣ ملبسات ومن وزنهم ٢٠ - ٤٠ كيلو غراماً ٤ ملبسات يومياً .

ويثار على المعالجة خمسة ايام في معظم الاوقات فتهبط الحرارة في سياق اليومين الاولين وتزول طفيليات البرداء من الدم المحيطي بعد ٣ - ٥ ايام . ويستحسن ، بعد انتهاء ٨ - ١٤ يوماً ، دعم المعالجة بالمقادير المذكورة آنفاً او المتابعة طويلاً على اخذ نصف تلك المقادير .

والنتيجة ان البالد كس سلاح جديد في مكافحة البرداء ، هذا الوباء الجارف ، ويستحق ان تلتفت الاوساط الطبية الى فعله الناجع والمقوي والى سهولة تحمله .



معالجة خناق الصدر الجراحية

بطرق توعية العضلة القلبية

ترجمة الطالب السيد شفيق البابا

لا غرو ان من المع ما طلت علينا به الجراحة الحديثة في الوقت الحاضر من الاعمال هو توعية عضلة القلب في خناق الصدر ، اذ تعد في الحقيقة من اخطر العمليات وابدها جرأة وان ما حملنا على شرح الأسس الفريزية لهذه الطريقة الحديثة هو ولا شك النتائج الباهرة التي توصل اليها بيك (Bech) في الولايات المتحدة واوزوغوسي في انكلترة .

لقد سبق ظهور هذه الطريقة في السنوات الاخيرة بحث طريف تناولت فيه الجراحة ترميم العضلة القلبية ، فقد اثبت كلوز (Klose) في عام ١٩٢٧ «امكان استخدام الثرب كمعظم في رتق خرق في التأمور . وفي سنة ١٩٣٢ نجح لريش (Leriche) و فوتان (Fontaine) في تطعيم عضلة مخططة خيطت عند ضياع مادي في البطين ، واخيراً قام بيك في سنة ١٩٣٥ «فطبق طعماً كبيراً مذبناً من العضلة الصدرية على عضلة قلب مريض مصاب بخناق صدر وخيم ، وكانت النتيجة ان شفي المريض بعد البضع وتباعدت نوبه ثم تلاشت تماماً وعاد الى عمله بعد ستة اشهر بدون ان تظهر عليه بعدها اعراض الألم القديم .

والخلاصة فهما اختلف الاعتبار الفرزي في خياطة عضلة القلب في عقب ضياع مادي فان الطعم الوعائي يراد منه ستر هذا النقص واجتناب فقر دم موضعي في عقب انسداد طارئ، في الاوعية الاكليلية .

ويستخلص من درس آلية الحلقة المرضية في النوب الحثاقية ، والموت التالي لحنق الصدر ، معلومات هامة هي كثرة آفات الاوعية الاكليلية واضطراب نوعية القلب في عقب تلك الآفات . وان الآفة التي تحدث فاقة الدم الموضعية تكون مصدراً لانعكاسات عصبية تالية تفضي الى ظهور النوبة وهذا العامل العصبي لا يقتصر في فعله على نقل التظاهرات السريرية الى المحيط بل يعمل ايضاً على استفعال شواشات الدوران في القلب حيث يبدو الاضطراب ، وهذا لا يمنع ان يكون منشأ هذه الحوادث نقص الدم الوارد في الاوعية الاكليلية .

ويعود الفضل في كشف عودة التفاغر الدوراني في عضلة القلب عقب انسداد جزئي في اوعيتها الاكليلية ، الى التجارب التي قام بها كل من لريش وفوتان ، وفيها درسوا التفاغرات بين الشريانين الاكليين قبل انتهائهما بشبكة شعرية ، ولم يبق بعدها الاتمين قيمة هذا التفاغر التشريحي من الوجهة الوظيفية . ولما كان التشريح وحده لا يمكن ان يتمد عليه في هذا الصدد ، فقد فسح المجال امام التجارب الحيوانية ، على حيوانات تحمل دورانا اكليلياً قريب الشبه بما في الانسان ، وهذا ما تحقق في الكلاب لان المنظر العياني للتفاغرات الاكليلية وتناجح الحقن بالمواد الملونة والتصوير الشعاعي في عقب الحقن بالمواد الطبقية ، اثبتت كلها كما يقول موشه

(Mouchet) شدة تشابه هذا الدوران في الانسان والكلب .

وقد بين لريش وفوتان في تجاربهما على الحيوان النقاط التالية :

- ١ - اذا ربطت الشعبة النازلة من الشريان الاكليلي الايسر ، وادخلت في الوعاء تحت الرباط قبة فرانسوا فرانك (François Franck) ، لوحظ دوماً ان في هذا الطرف المحيطي ضغطاً ايجابياً سببه الدوران الجانبي التالي للربط وتصل قيمة هذا الضغط تدريجياً الى ثلث او نصف الضغط الشرياني العام
- ٢ - اذا فحص مخطط القلب الكهربائي مباشرة تلو المداخلة السابقة في كلب احتمل الربط وامكن استبقاؤه حياً بعده ، شوهدت فيه تبدلات مشوشة تشبه ما ذكره بارده (Parder) في احتشاء القلب الحاد عند الانسان ولكن هذه التبدلات لا تلبث ان تمحذ حدتها مع مرور الزمن .

وقد لاحظ لريش وفوتان عودة المخطط الكهربائي الى حاله الطبيعية في كلبين بعد سنتين من اجراء الربط بعد ان بدت فيه عقب المداخلة جميع الملائم الدراسية البادية عادة بعد ربط الشرايين الاكليلية ، فاستنتج ان عضلة القلب قد استعادت بعد ما حل بها من فقر دم موضعي ، نوعية كافية ان لم تكن طبيعية تماماً بفضل تفاعلات دورانية جديدة .

وتعلل لنا هذه النتائج الهامة سبب فقدان الاعراض السريرية في حالات سد بها الخثود وعاء اكليلياً ، ولم تشر سوابق المريض حتى الى ما يحل على الشك فيها . ولم تكشف الا في عقب فتح الجثة . وهذه الحالات لا تتعارض مع النظرية الاكليلية في تحليل اسباب خناق الصدر ، ولكنها تؤيد ما علمناه من القيمة الوظيفية لطرق التفاغر . وكذلك فان المعالجة التي تقع بين سقي

شريان اكليبي وآخر تساعد على شرح اسباب التحسن البادي في عقب هجمة حادة من ذات الشريان سدت قسماً من الدوران وحدثت نوبة الخناق، وينشأ ذلك عن عودة الوظيفة الدورانية رويداً رويداً واستمرارها امداً ينتهي بظهور هجمة جديدة من الداء الشرياني .

وقد اتضح تجريبياً حين التدقيق في الشروط الخلقية للدوران الاكليبي بعض نقاط اخرى : فقد اثبت يك وكليفلانند (Cleveland) حين درهما درجة فقر الدم الموضعي التي يستطيع قلب حيوان حي تحملها ، شأن التوزع الدوراني المتجانس في جميع انحاء القلب ، اذ تسنى لهما في الحقيقة انقاص الوارد الدموي في احدى الشعب الاكيلية نقصاً محسوساً ، وذلك باحاطتها بطوق من الفضة بدون ان يطرأ اي اضطراب على الدوران . وتوصل يك الى انقاص قطر الشعبة النازلة من الاكليبي الايسر الى خمسة بدون ان يرى اي عارض مرضي ، مع ان الدوران كان قد تناقص في الساحة الموافقة نقصاً يناً . وعلى الضد فاذا أحدث فقر دم موضعي مطلق في احدى المناطق القلبية مهما كانت صغيرة وذلك بربط بضع شعيرات شريانية انتهائية ظهر الاهتزاز اللبني في الاذنية في جميع الحالات ، يستتج منه ان وظيفة القلب تتطلب قبل كل شيء توزيعاً دموياً متجانساً .

.....

لقد انتهينا الآن من ذكر قيمة اتفاغر الذي يقع بين الشرايين الاكيلية اذا انسدت احدها ، وفيه يشترط بقاء احد الشرياني سليماً ، وهذا مما لانصافه دوماً اذ لا يبعد ان تصيب الآفة الشريانيين معاً ، او ان صفحة ذات الوتين

التي تحتاج القوه الاكليلية قد تكون سادة وتصيب الشعة اليمنى كما تصيب اليسرى ، فاذا يحل اذ ذاك بنوعية القلب الوظيفية ؟ انها تظل ممكنة رغم كل ذلك كما تشهد مشاهدتان قدمهما ليري (Leary) و تيموثي (Timothy) و ورن (Wern) في مرضى اثبت فحص جشهم انسداداً تاماً في الشرايين الاكليلين . و يترتب بناء على ذلك وجود طرق اخرى مستقلة عن الشرايين الاكليلية تحمل الدم الى عضلة القلب فاهي ؟

يقر نظرياً بوجود طريقين : احدهما الدوران البطيني المقصود والثاني التفاعر الشرياني خارج القلب .

١ — الدوران البطيني المقصود : تفشأ من عضلة القلب اوعية تنفذ مباشرة في جوف البطن بدون ان تبدو على السطح ، فاذا ما ذكر لانجر (Langer) ان في البطينات شبكة شعرية تصل بين الاجواف القلبية باوعية شريانية ووريدية فان تجارب برات (Pratt) تحققت وجودها على صورة لا تقبل الجدل ، حتى اذا ما حقن احد الشرايين الاكليلية بسائل مر الى الاجواف البطنية مجتازاً اوعية بتريوس . وقد اثبت (برات) من جهة اخرى في عقب حقنه بالسلولويدن (Celluloidine) وجود تفاعر بين الشعب الدقيقة من الاوردة الاكليلية واوعية بتريوس . ولكن رغماً عن هذه التاليم التشريحية فمن الحق ان تتساءل عما اذا كان باستطاعة هذه الاوعية ان توفر قسماً من الدوران الدموي الوريدي والشرياني في الاجواف مما يساعد على دخول الدم البطيني الى جدر القلب مباشرة ، فالجواب عن ذلك نعم اذ يشاهد تجريباً انه بعد ربط الشرايين الاكليلية اذا ادخلت في البطينات قية اجري

منها الى القلب دوران اصطناعي بدم غني بمولد الحموضة ، امكن استبقاء حياة هذه الاجواف عدة ساعات ، ولكن هذه المعلومات بعيدة جداً عن الحقيقة !

وقد يمكن اذا ما حقن السائل بضغط كاف ان يسير في اوعية بزيوس ويضمن للقلب توعية كافية زمناً معيناً ، ولكن ماذا يحل به في الشروط الطبيعية ابان تقلص القلب ؟ ففي اثناء الانقباض حيناً يكون الضغط المستبطن للجدار يعادل على الاقل ٥٠ مليمتراً من عمود الزئبق وهو اكبر طبعاً من الضغط في اجواف القلب فليس هناك مجال للشرح ، اما في الاسترخاء اي في حال يكون بها الضغطان متماثلين تقريباً فلا بد من البرهان ان الضغط المستبطن للقلب يكفي لدفع الدم الى جدر البطينات . وعلى هذا كانت تنقصنا براهين وظيفية كافية لاثبات دور الدوران في اوعية بزيوس في تحقيق التفاضر الدوراني لمضلة القلب .

٢ — التفاغرات الشريانية خارج القلب: ينسب الفضل في معرفة هذه التفاغرات الى اعمال هودسون (Hudson) وموريتز (Moritz) وورن ، فقد ادرك هؤلاء حين البحث في توعية مصاريع القلب بحقن الاوعية الالكلية ، ان السائل لا ينتشر فقط الى الساحات التي تربوها هذه الشرايين ، بل ان الشريينات التأمورية التي تقطع عند انعطاف المصلية كان فيها شيء من هذا السائل ، وشاهدوا عند تمام الفحص الامر نفسه في شريينات الجدر المجاورة من الوتين والشريان الرئوي . وهذا مما حفز اولئك المؤلفين الى الامعان في تحميم قيمة هذه التفاغرات خارج القلب

فكشف لهم حقن قلوب البشر وجود عدد كبير من التفاعلات الوعائية بين الشرايين الاكليلية والشرايين المجاورة للقلب ، فان الدوران الاكليلي يضاغر مستطرقاً اوعية الاوعية الكائنة في الجدر القريبة من الاوعية الكبيرة في قاعدة القلب مع الشعب التأمورية الحاجزية ، والتدية الباطنة واوعية سررة الرئة ، واخيراً مع الشعب التأمورية والقصدية والحجابية والوربية والمرئية من شعب الوتين : واستناداً الى ما تقدم حقن المؤلفون الوتين فوق تفرع الشرايين الاكليلية فشاهدوا ان السائل الملون يصل الى الاوعية الاكليلية بطرق التضاغر هذه .

وان هذه التفاعلات خارج القلب ، على النقيض من آلية المعاوضة في اوعية بتزيوس التي هي حقيقة غريزية اكثر من ان تكون فرضية ، قد تكون ذات شأن حقيقي في اعادة الدوران الاكليلي . ولا شك ايضاً انه يجب ان يقع في القلب ما يرى في سائر الأنحاء ، فاذا ما انقطع طريق الدم الطبيعي نشطت بالخال تفاعلات قد لا تكون ظاهرة حتى ذاك الحين وتشتد قوتها الطبيعية الى ان تعيد الى الدوران الشروط الطبيعية التي كانت له في السابق وتهم على هذا الاساس الحالات التي يستمر فيها القلب قائماً على عمله رغمًا عن فقدان جميع المصادر الدموية الظاهرة . وكذا فن المحقق عدا ما تقدم حدوث تفاعلات خارج القلب للدوران الاكليلي مع الساحات التي تسقيها للشرايين المستبطنة للصدر ، فاذا كانت هذه التفاعلات المتقدمة ثابتة تشريحيًا ، فهناك تفاعلات يمكن احداثها اصطناعياً .

قدم تورل (Thorel) في السنة ١٩٠٣ ، مشاهدة لمريض كشف فتح

جته انسداداً تاماً في الشريانين الاكليين مع التصاقات تأمورية ، قفرض اذ ذاك قيام هذه الالتصاقات بدورها في اقرار دوران العضلة القلبية . ثم اهملت هذه المشاهدة زمناً طويلاً حتى قام (يك) بشرح النتائج الهامة التي يمكن استخلاصها منها ، وقد توصل الى ذلك على الوجه التالي : لاحظ (يك) اثناء قيامه بخزغ التأمور في معاب بالتصاق التأمور الضاغط ان قطع احد اللجم الندية المتد من قاعدة البطين الايسر الى التأمور الجداري ، سبب زفأ غزيراً كما لو كانت هناك اوعية جديدة النشو ساعدت على توعية عضلة القلب . وهذه التوعية في الالتصاقات التأمورية دعت الى التفكير بامكان استخدام هذه الطريقة في اعادة توعية عضلة قلبية اختل دورانها . وذلك بان يطبق على القلب ما دعاه الاميركيون القراش الوعائي ، ولكن لم يمكن تقدير شأن هذا التفاهر الا بالتجارب على الحيوانات . وقد اوضح يك وموريتز بعد درس عميق وتجارب طويلة اجراها على مائة من الكلاب النقاط الآتي ذكرها :

يمكن احداث القراش الوعائي في الحيوانات على الصورة التالية :
بعد فتح التأمور وشق الوريقة السارة للقلب (epicarde) يطبق طعم على القلب من عضلة مذبذبة او طعم ثربي يؤتى به من فرجة في الحجاب ، ثم تربط الشرايين الاكيلية بسلسلة من العمليات المتتابعة ، ولهذا كان يحيط المؤلفان الشريان بعقد صغير من القضة تضيق حلقتة تدريجياً في كل عملية فكان يحتاج الامر بصورة عامة الى خمسة او ستة توسطات لسد الشريانين الاكليين تماماً . ويحتمل الكلب عادة في الشروط الطيعة هذه التوسطات .

لوضع الطعم القلبي ، فإذا ما ضحي بعدها وحقن منه الوتين الصدري بعد وضع مناقش فوق منشأه مما يمنع المادة الملونة عن التسرب في الفوهات الاكليلية ، يرى ان السائل قد صبغ الاوعية الاكليلية تماماً . ويدعم ذلك برهان آخر في بيان دور الطعم وهو ان الكلب الذي احتل ربط اوعيته الاكليلية بعد وضع الفراش الوعائي وكان القلب فيه على اتم شروط حركته ، يموت بعد أمد قصير اذا ما قطع ذنب هذا الطعم .

ويظهر ان شدة الدوران الجانبي الاصطناعي الذي اوجد في الحيوان تزداد ازيداً تدريجياً مناسباً لحاجة العضلة القلبية ، ويعود دوراتاً حقيقياً اذا حذف الدوران من الاوعية الاكليلية تماماً .

ولكن هذا العمل لم يقتصر على ما تقدم بل استخدم ايضاً في تلافي نقص الدوران الاكليلي في الحالات المستعجلة عقب انسداد وعائي مفاجيء . وهذا ما سنتبته لنا التجارب المقبلة : جرب ذلك على فئة من الكلاب ، فربط الشريان الاكليلي الايمن بزن واحد في عشرة منها سليمة فكانت نسبة الوفيات (٧٠ ٪) وضع في الباقي الى جانب القلب فراش وعائي ثم بعد مضي بضعة اشهر ربط ذلك الشريان الاكليلي في الشروط السابقة نفسها فكانت نسبة الوفيات في المرة الثانية (٣٣ ٪) وهكذا فان الطعم الوعائي قد قام بدوره الباقي . وبذلك للطعم ايضاً دور آخر ، فقد مر بنا شأن التوزيع الدموي المتجانس واهميته في توعية عضلة القلب ، فالحيوان المحرب عليه قد يحتمل نقصاً عظيماً في مقدار الدم الوارد باحد الشرايين الاكليلية ولكنه يموت فوراً بعد ربط بضعة شريينات قلبية . فالقلب لا قدرة له على

احتمال فقر دم فجائي وقام حتى ولو كان ذلك في بقعة صغيرة ومحدودة منه فيهم منه ان دور الطعم الهام لا يمحصر في امداد القلب بوجية مساعدة باقرار تفاغرات خارج القلب بل يقوم بوظيفة جسر يربط بين سقين لشريائين اكليين ويوزع الدم بين المناطق القلبية المختلفة ، وهذا مايقع خاصة في المناطق التي مست بها الحاجة الى ذلك .

وقد حاول بعضهم تحقيق هذه التعاليم التجريبية في السريبات والمداواة فاذا امكنت في الحقيقة مساعدة عضلة قلبية انسدت فيها الشرايين الاكيلية عقب ذات الشريان بايجاد تفاغر واعادة دوران اصبح قاصراً ، كانت هذه الطريقة منطقية للتوسط في خناق الصدر . ولكن اذا كان الحيوان السليم قد احتمل الصدمة البضعية التي يستلزمها هذا القراش الوعائي ، فهل محمد المخاطرة في اجراء مثل هذا التوسط عند مريض يهدده خطر خناق الصدر؟ ان هذا الحذر الحكيم هو ما حمل ييك على اجتناب هذه المحاولة في الانسان والاحجام عنها امدأ طويلاً ، ولم تحل هذه المعضلة الا عقب الحاح مريض اراد ان يجرب حفظه بعد ان علم نتائج التجارب التي اجريت على الحيوان ، وكان هذا المريض مصاباً بخناق نموذجي يعود تاريخ ألمه الى عشر سنين خلت فاجريت له هذه العملية في شهر شباط من السنة « ١٩٣٥ » . فبعد التخدير بالقاز صنع شق منحن في اليسر القص وحررت العضلة الصدرية وابقى على ارتكازاتها الانسية ، ثم نشرت الغضاريف الوريدية الثالث والرابع والخامس من خلال العضلة مع الاحتراز من مس الشريان الثديي الباطن ، وبعد شق التأمر شقاً قائماً تحت بلطف السطوح الانسية من التأمر والوريدية

السّارة للقلب بسنبلة كيلة (fraise mousse) لتسهيل التصاق الطعم ، ثم شطر الطعم طولاً الى شطرين احاطا بالسطح البطني جميعه في الايسر والايمن وخيطة الفرجة التأمورية حول العضلة واغلق الجرح . وقد كانت هذه المحاولة ناجحة فبعد مضي ثلاثة اشهر تلاشت الثوب تماماً بعد تناقص عددها تدريجياً ، وشفي المريض بعد اربعة عشر شهراً وعاد الى عمله بدون ان يظهر اثر لآلمه السابق .

وقام يك بعدها بوضع احد عشر مريضاً نجح منهم ستة . فمدد الوفيات كان كبيراً على الرغم من ان احداها كان سببها التهاب النصف المغنر ويمل ذلك بمخطر آفات التصلب التي كشفها فتح الجثث وهي سبب الخثور في عقب البضع .

وقد استخلص من النتائج الناجحة ما يأتي :

اولاً ان الالتصاقات الحادثة بين القاب والعضلات المجاورة لا تمرقلاً مطلقاً حركة القلب بخلاف ما ظن في البدء ، ويشرح ذلك بان التهابات التأمور التي تفضي الى استرخاء القلب التدريجي هي ما يكون القلب فيها مضغوطاً في ملزمة لينة حقيقية ، تثبته فيتشوش امتلاء الاجواف البطينية حين تمدد البطينات كلما ازدادت وطأة الالتصاق ، وهذا ما لم يصادفه يك في مبצועه اذ كان الطعم المذنب الطليق يسمح للقلب بحركته الطبيعية . وان صدمة البضع المباشرة لم تكن سبباً لموت المريض على منضدة العمل ولا في حال من الاحوال . والتوسط على القلب يترك مجالاً لظهور بعض خوارج الانقباض وقد علم تجريباً ان هذه تسبق في الغالب طور الاهتزاز الليفي (fibrillation)

وقد بين يك و موتر (Martz) ان حقن الحيوان قبل بضعة بالكينيكريدين يقيه شر الصدمة في كثير من الحالات ، وكذا فان صب بضع قطرات من النوفوكائين على الصفحة الساترة للقلب (épicarde) يكفي لاتقاء العدد الكبير من حوادث خوارج الانقباض ، وهذه الاحتياطات كانت تتخذ عند الانسان . واذا ما نجحت العملية عاد الدوران المتري اشد قوة مما شوهد في التجربة على الحيوانات ، فيشعر المريض في نفسه بتحسن تدريجي ولا يفس النجاح الحقيقي الا بعد مضي عدة اشهر مما يشير الى استقرار التفاعل على وجهه الاكمل .

وقد نشر مجدداً اوزوغنسي في انكلترة بضع مشاهدات من الطومو الوعائية لمضلة القلب ، لم يمت من ستة مبضوعين فيها الا واحد ، وكانت وفاته بعد المداخلة بثمانية ايام وسبب الموت ترف معوي شديد فاجأه تلو قرحة اثنا عشرية كبيرة كما اثبت ذلك فتح الجثة . وقد تلاشت عقب المداخلة في المرضى الآخرين النوب الالمية بصورة تدريجية حتى ان بعضهم تمكن من مزاوله اعماله بعد ان تمت بصحته الطبيعية .

فاذا كان اوزوغنسي قد استمد مبدأ توسطاته من طريقة بيك فطريقة اجرائها كانت تختلف عنها قليلاً فانه كان يطعم القلب بالثرب وليس بخياطة عضلية لانه كان يرجح الثرب على المضلة للاسباب التالية :

اولها سهولة العمل : فبعد خزع القوصرة في الايسر وفتح التأمور يحجر الثرب الكبير الى جوف الصدر من خلال فرجة ضيقة في الحجاب ثم يثبت به بلامسة عضلة القلب ، وهكذا يستغني عن نشر الضلوع وقلع الارتر-كازات

المضلية التي قد تكون مصدراً لكثير من الاورام الدموية. اضيف الى ذلك ان هذه الاورام اللبغية تسقيها التصاقات ثرية دائمة التقلص . ومهما كان الامر وائياً كان الدور الذي يلعبه كل من العوامل المذكورة يظهر لنا ان نسبة الوفيات في توستات اوزوغنسي اقل مما تقدم في توستات (يك) رغمًا من قلة عددها .

...

فما هو حكمنا في الوقت الحاضر على هذه الطريقة ؟

ان اول ما يؤخذ على هذه الطريقة نظرياً هو نضالها في التناذر الحثاقي تجاه احد العوامل المسببة لقر الدم الموضعي وعدم التفاتها كما يقول لريش الى الجانب الحثاقي من الامر وهو ذات الشريان التي لا ينكر أثرها في احداث المرض .

واكبر ما يؤخذ عليها عملياً هو خطرها ، ولا شك ان فحص الجثة يكشف لنا في جميع حالات الموت آفات اكليلية ينة مما يصرف النظر الى ان سير المرض لن يطول ولكن هل يحق لنا تمجيل النهاية المشئومة حتى في مثل هذه الحالات . فان يك الذي ابتدع هذه الطريقة لم يذكر شيئاً عن مستقبلها فكان يقول : « لا اعلم شيئاً عن مدى تقدم هذه العملية فيجب علينا ان نسمى الى اتقاص اخطارها » ولكن كيف يتسنى لنا ذلك ؟

هل يكون باللجوء الى بعض وسائل كيمياوية كحلول دكان مثلاً في ايجاد التصاقات بين التأمور والوريقة الساترة للقلب وايجاد طريق للتفاغر ؟ ان تحمل النسج المنصفية لجميع العوامل الكيماوية والتفاعل الندي الذي

ينجم عنها يمينان خطر الامر .

او بالاستعاضة عن الطعم المضلي الواسع المذنب الذي اذا ما طبق على سطح مدمى كان منشأ للخشور ، بشحم النصف القريب من التأمور ، فهذا حل ممكن اخذ يعالجه يك في الآونة الاخيرة .

وهل يمكننا ان تفضل تثبيت الثرب على الحياطة المضلية ؟ ذلك ما اثبتته احصاءات اوزوغوسي ، فاذا ما حلت هذه المسائل وانقص قسم كبير من عوامل الخطر المباشر ، اصبح من المستطاع الالتجاء الى هذه العملية في المعايين بخناق الصدر قبل ظهور الدور الوخيم من سيره ؛ فهي تدفع عن هؤلاء المرضى بفعلها الواقى اكثر من الشافي غائلة الخشور وانسداد الشرايين الاكليلية المتترقي .

مارسل بيرار



مقتطفات حديثة

جما ولحسا الطالب السيد مصباح المالح

١ - إسنان الأجنة (La dentition des foetus) يبدأ الإسنان اللبني عادة في اواخر الشهر الرابع بعد الولادة حيث تنبجس الثنيتان السفليتان غير ان هناك إسناناً مبكراً صنفه بيرت (Berte) تصنيفاً أصحى مقبولاً ومعترفاً به في ايطالية وخلاصة تصنيفه هذا انه :

١ - يوجد إسنان باكراً حيث تظهر أسنان الوليد بين الشهرين الثاني والرابع في عقب الولادة .

٢ - يوجد إسنان مبكر حيث تظهر الأسنان منذ أيام الولادة الاولى

٣ - وهناك إسنان جنيني او قبل الولادة حيث تظهر الأسنان في الجنين

قبل الولادة . ويذكر صاحب هذا التصنيف مزران والدون كارلوس ولويس الرابع عشر وميرابو ودانتون وثابوليون وبروكا وغيرهم ممن تفنعت اعينهم لتتورد وفكوكهم بمجزة ببعض الاسنان .

ويصنف بيرت الاسنان الجنينية في زمريتين مستنداً الى الفصوص المخبرية والتشريحية المرصية التي اجراها . فالاسنان الجنينية من الزمرة الاولى هي الاسنان التي يتم نموها وظهورها بحالة طبيعية مع شذوذ بسيط في زمن انطلاقها فقط . اما الاسنان من الزمرة الثانية فهي التي يرافق فيها الشذوذ

الآنف الذكر مع تغيرات مرضية في نسيج السن والانسجة المحيطة بها وفي العضوية .

ويؤكد المؤلف نظرية ماجيتو وفارجان فايول وكابدوبون التي تقول ان الاسنان قبل الولادة يلاحظ في الولدان الضعفاء والمرضين لآباء عميق حيث تظهر فيهم السمات (stigmata) والاستحالات والافرنجي الوراثي والعُته المترافق بالأُثحال الصقلية (dystrophies squelettiques) والامراض الجينية .

ويقدم المؤلف مثالا على ذلك طفلاً مصاباً بالزهري الوراثي ولد وفي فكه ثلاث ارجاء واربع قواطع . وكانت القواطع غضروفية القوام بينما كانت الارحاء صلبة ومتكلسة والاسنان كلها متحركة . ووجد بالاستقصاء ان والد الطفل وعمته ولدا مع الشذوذ نفسه .

وتستنتج من دروسه ندرة حوادث الاسنان قبل الولادة التي لا تتجاوز نسبتها ١/١٠٠٠٠ . ويكون هذا الاسنان غالباً في القواطع واقل منها في الارحاء ونادراً ما يكون في الأنياب او الضواحك .

ويعود هذا الشذوذ في اغلب الاوقات الى نهج مرضي في اجته مستعدين بصورة ارثية وتقطع هذه الاسنان الجينية عادة لانها تحول دون الرضاع . وقد ذكر كابينس في كتابه (التحف الطبية) انهم كانوا يضطرون الى تبديل مرضع لويس الرابع عشر والدون كارلوس بين حين وآخر لانهما كانا يقضيان اثناء مرضعهما . واذكر حادثة من هذا القبيل تتلخص في ان طفلة ولدت وهي تحمل الثنتين السفليتين فاصيبت بعد شهر بتقرح في

جانبى لجام اللسان سيده رضى فامتعت لذلك عن الرضاع فحملتها الينا والدتها
فقلعت ثنيتها

و يدعم بيوت دراساته وتصنيفه بلوحات مجهرية ومقاطع ومحضرات
تشريحية مرضية ومشاهدات عديدة ومراجع كثيرة .

٢ - الرمال اللعابية (lithias salivare)

قدم دان تاودوريسكا (Dan Théodoresca) خلاصة أبحاثه الى المؤتمر
الجراحي الروماني السابع . وقد طبعت في كتاب اليك اهم
ما جاء فيه .

متى ظهرت في المريض اعراض الحصاة اللعابية كالقئ والتورم والتقيح
يكون التشخيص سهلاً .

وفي الاشكال الخفية ايضاً قد يبين الرسم المتقن موقع الحصاة ويكشفها
ولم يعرف حتى اليوم وامراض (pathogénie) الحصاة اللعابية بالضبط .
ولكن التفتق عليه هو ان بعض العوامل كالأجسام الاجنبية والرضوض
والتعفنات يعزى اليها امكان احداثها علقه دموية تخضع لنهج تجريبي يلو
امتصاصها بعض الملاح من الوسط المحيط بها .

وتستخرج حصى القنوات عن طريق القم والحصى الغدية عن طريق
الجلد ما عدا حصى غدة ما تحت اللسان التي تستخرج ايضاً عن طريق القم
وطرح الحصاة فقط قد تتلوه آلام مستمرة او نكس ،

واستخراج الندة المصابة قد يأتي بالشفاء الا كيد . هذا في غدة ما تحت
الفك وغدة ما تحت اللسان اما في الغدة النكفية فاذا لم يكف طرح

الحصاة لحصول الشفاء فيمكن ان نلجأ لتشعيع (irradiation) الغدة .
 وينبه ايضاً الى تفاغرات الشرايين المختلفة لاجتباب النزف وارقائه متى
 حدث . ثم يذكر مشاهدات تشتمل على خمس واربعين حصاة شاهدها
 وعالجها ولاحظ فيها ان معدل اصابة الذكور فيها ٧٥٪ وان ٨٥,٥٪ منها
 كانت في من هم بين الحادية والعشرين والاربعين من العمر وان ٦٠٪
 من حصى الغدة تحت الفك كانت في قناة وارتون وان حصاة الغدة تحت
 الفك هي بمعدل اربعة اضعاف حصاة الغدة النكفية .

وقد استخرج من مصاب حصاتين من قناتي وارتون واستخرج غدة
 ما تحت الفك احدى عشرة مرة في عقب انطراح الحصاة من نفسها بالضغط
 فقط او بعد اخراجها جراحياً .

٣ - قطع الذروة التجريبي apicectomy expérimentale : اصبحت عملية
 قطع الذروة اليوم العلاج الناجع الوحيد في الآفات الالتهابية لما حول هذه
 الذروة كالأورام الحبيبية وغيرها من الآفات التي لا تؤثر فيها المعالجة الدوائية .
 وتصلح حال السن المقطوعة ذروتها ويظهر لنا الرسم الكهربائي امتلاء الفراغ
 الذي احدثته عملية القطع والتجريف بنسيج عظمي جديد خلال ستة اشهر
 تقريباً . وقد نشر الدكتور غارسيا (Garcia) مؤخراً ابحاثاً ذات قيمة
 فقد اجرى تجارب على كلاب احدث فيها آفات في الذروة ثم قطعها واخذ
 بعد شهور مقاطع للفحص فوجد انه :

١ - حينما تقطع الذروة بحسب الاصول المعروفة بان تجرف مع ذروة
 السن جميع الانسجة المتفتنة المحيطة بها ثم تحشى القناة الجذرية بقمع من

الطبرخي (gutta percha) تمتلئ الثلمة الجراحية بنسيج عظمي حديث التكون ويستمر ملاط جديد نهاية الجذر المقطوعة ذروتها ويحل نسيج ضام حديث النشو كامل الاوصاف غني بالالياف مشابه تمام المشابهة لنسيج ماحول الجذر محل هذا النسيج الاخير .

- ٢ - ان وجود بقية من العاج في فتحة القناة يكون نواة لاحداث طبقة كاملة من العاج تسد الفتحة الجذرية وتساعد من ثم على تكون الملاط
- ٣ - ويفضل عدم استعمال الماچين في حشو القنوات بعد قطع الذروة لان النسيج المحيط تمتصها فيتأخر الندب
- ٤ - ويحسن اجراء الحياطة في عقب العملية لانها تحول دون تجديد التعفن عن طريق القم .

٤ - استئصال لب تاج الاسنان — (Amputation coronaire de la

pulpe dentaire : شاع استئصال لب تاج الاسنان فقط اثناء مداواتها في

السنوات العشر الاخيرة في الجمهورية القسرية ويدعي اطباء الاسنان هناك ان هذه الطريقة كانت تأتي دائماً بالتأثير الباهرة لان اختلاط ما حول الذروة انما يعود الى استئصال المجموعة المصيبة الوعائية برمتها . وتادراً ما تحقق هذه الطريقة من المداواة حيث تعود الحية في حال وقوعها اما الى عدم تشخيص غير صحيح لحالة اللب ، او الى سوء المداواة

والحسنة الاخرى الكبيرة لهذه الطريقة هي انها تقصر أمد المداواة فيتسنى لطبيب الاسنان ان يداوي عدداً اكبر من المرضى خلال يومه .

وقد بحث الفردو تارغليو (Alfredo Terraglio) في محاسن هذه

الطريقة ومساوئها وقتلها درساً وتمحيصاً مستعيناً باختباراته الشخصية الطويلة وباللوحات والرسوم الكهربائية . وخلاصة بحثه هي انه يستطيع تطبيق هذه الطريقة من المداواة في الاحوال الآتية :

- ١ - حينما ينكشف اللب عرضاً في اثناء المداواة ويصبح يتماس القعاب
- ٢ - في التهاب اللب الخفيف الحدة وفي الالتهاب الحاد الذي لا يرافقه ألم حين القرع

- ٣ - حينما يظهر الرسم قنوات ضيقة او منعوجة او شذوذاً في عدد الجذور واشكالها وفي الضواحك والارحاء العلوية التي تلامس الجيب الفكي
- ٤ - في الشيوخ الذين يكون عندهم فرط تكلس في حجرة اللب .
- ٥ - الحورين (neurasténiques) والمصروعين . والفزعة (pusillami)

nes) وفي المرضى الذين يلزمون الفراش

- ٦ - وفي الاسنان اللينة لاجتباب تهيج النسجة ما حول الذروة حيث تكون القنوات واسعة

- ٧ - في الاسنان السليمة التي يجب اِماتة لها لتستعمل كدعامة للجسور
- ٨ - في الثغرات اللثة للارحاء حيث يصعب الوصول الى القنوات ولا يستحسن تطبيق هذه الطريقة في الاحوال الآتية :

- ١ - في التهاب اللب الحاد الذي يرافقه ألم حين القرع
- ٢ - في التهاب اللب المزمن وفي التهاب اللب الجذري (radiculite)
- ٣ - في موات اللب وفي الاكياس والحراجات
- ٤ - في الاسنان الواحدة الجذور

وطريقة العمل هي كما يلي :

- ١ - يوضع ضماد الزرنيخ ويستر بالأسمنت الموقت
- ٢ - يجرف الماج النخر ونهياً الحفرة للملغمة مع احترام سقف حجرة اللب
- ٣ - يزال سقف حجرة اللب بسنبلة شاقة ثم يزال لب التاج فقط
بسنبلة مستديرة تدخل حتى فوهة القنوات الجذرية
- ٤ - يضد بالكرابوزوت في حجرة اللب ويستر بالأسمنت الموقت
- ٥ - يوضع المعجون المخطط ويستر بالأسمنت او كسيفسفات الزنك
- ٦ - تصنع الحشوة النهائية المعدنية .

التهاب اللثة السمي بالأكرولين (Gingivite toxique à l'acroléine)

ان المواد الدسمة كالزيوت والشحوم التي تستعمل في التغذية والتي تسخن بدرجة عالية من الحرارة في اثناء تحضير الاطعمة تتولد منها ابخرة الاكرولين او الالدهيد الاكرولي ، تلك الابخرة التي تؤذي الاغشية المخاطية وتزيد التهابها اذا كانت ملتهبة ولو قليلاً

وغشاء القم المخاطي قد يتأثر كسائر الاغشية المخاطية الاخرى من هذه الابخرة المحرشة السامة . وقد ذكر مارسيه (Mercier) نوعاً جديداً من التهابات القم واللثة يختلف عن سائر الالتهابات السمية المعروفة واكثر ما يصادف في المستغنين بطهي الاطعمة وخاصة في الذين يهلون نظافة افواههم فتكون اللثة ممر هذه الالتهابات التي قد تختلط مع غيرها من الالتهابات الاخرى في القم فيلبس التشخيص ويطول امد المداواة .

٦ - المتحولات الفمية L'entamoeba buccalis : اظهرت التحريات

المجرة مؤخراً على ٣٣٧ شخصاً من مختلف الطبقات في اليابان من صحيحي الابدان ومن المرضى ان التحولات القمية توجد في التقيح السنخي السني (pyorrhée) بنسبة ٨١,٥ ٪ / وبنسبة ٣١,٥ ٪ / في التهابات الانسجة الرخوة وبنسبة ١٤٧ ٪ / في الافواه السليمة .

ويتوافق نمو هذه التحولات مع سير الآفة في التقيح السنخي السني . اما في التهابات الانسجة الرخوة فتكون في الآفات المزمنة كسرطان الفك والورم اللثي (épulis) وعدم التحام الفك اكثر بكثير منها في الآفات الحادة .

وقد وفق هيروكا (Hiraoka) الى استخلاص مواد من هذه التحولات قادرة على تخريب الكريات اذا تركت مدة كافية بتأثيرها حتى في نور الشمس . وتقادم هذه المادة الحرارة حتى الدرجة ٨٠ ° ولا تتأثر حماتها من اشعة رونتجن وتؤثر فيها اشعة الشمس والاشعة فوق البنفسجي وتتأثر قليلاً من القلوية ولا تؤثر فيها الحوامض .

وتصادف هذه التحولات في الكهول اكثر مما في الشبان وفي الرجال اكثر من النساء وفي الفك السفلي اكثر من العلوي وفي ناحية الارحاء اكثر من ناحية القواطع والانياب .

٧ — ذات العظم المزمنة في الفكين السنية (Les ostéites chroniques des

maxillaires d'origine dentaire) : قليلاً ما نوفق لمعرفة هذه الالتهابات

على الرغم من كثرة انتشارها لانها في الحقيقة صعبة التشخيص وتختلط مع غيرها من الالتهابات . وهي تظهر باشكال مرضية مختلفة اهمها ذات العظم

المولدة المتصلة وذات العظم المتشعبة المخربة. وتنصف الاولى بتكثف محدود في السنخ يمكن ان يصلب حتى يصير بصلابة العاج وتصادف غالباً في المسنين الدرد (édentés) ونجم عنها آلام عصبية شديدة وصفت باسم عصاب الدرد (névralgie des édentés). ويقوم العلاج الوحيد الفعال بالاستئصال الجراحي للقسم المصاب من العظم.

والنوع الثاني هو الاكثر مصادفة ويسمى ايضاً ذات العظم المحيطة بالسن المنسوبة الى ملشيور (Melchior). وهي ذات عظم مشعبة مخربة تنتج عنها كهوف غير منتظمة في نسيج الفك الاسفنجي تشمع من النقطة الجذرية الملتبئة لسن الثوب ما حولها فقلعت منذ زمن بعيد. وتقع عادة قريبة جداً من جدار الفك الخارجي وتكون مفطاة بصفيحة عظمية رقيقة. وتصيب هذه الآفة الاشخاص المتوسطي العمر وهي شكلان

١ - الشكل المتقيع او الحبيبي المتقيع الذي يرافقه ناسور ينتهي عادة بفتحة صغيرة في السنخ. وتكون الاعراض حينئذ قليلة الشدة في الغالب. وقد توجد خراجات ناكسة وآلام النهاية في بعض الاحيان ويساعدنا على التشخيص وجود اسناخ منفثة وافرازات قيحية دورية ووجود سن ناقصة او اكثر، كما يفيدنا سبر الناسور والرسم الشعاعي.

٢ - الشكل الحبيبي بلا ناسور. ويتصف بوجود جوف مطلق ويشعر بحس موضعي شديد حين الضغط ويحدث احياناً عصاب وآلام مهمة لا يعرف موقعها بالضغط. ولا تنجى من الفحص الكهربائي نتائج أكيدة ويمصب التشخيص وكثيراً ما تلتبس علينا الآفة فظن بنيرها.

اللقاح B . C . G . يقضي عليه انصاره

ترجمة الطالب السيد شفيق البابا

لقد اصبحت من المسير مواجهة قضية اللقاح (B . C . G) التي طالما اشتد الجدل عليها قبل مناقشة جميع الآراء المحزنة لها ، ولا يمكن اعتباري كعدو حقيقي لطريقة (كالت) لاني قد قبلتها بكل اخلاص واوصيت بها جميع اطباء ناصحي وزبائني ، واستخدمتها ثلاث مرات في اسرتي الخاصة ولكن ما حدا بي الى الشك في قيمتها هي التناقضات القليلة التي ظهرت على التوالي في اقوال اشياها كما يفت ذلك في مجلة اخرى ، وفي الحقيقة فاني اقول كطبيب ممارس يريد ان يعلم ويعمل ان انصار هذا اللقاح هم الذين اسقطوا من قيمته في الاستلحاق عن طريق القوم .

١ - البراهين المتناقضة التي كشفت لي في الكتابات والاعمال معاً وهي ما اضطرني الى التوغل في معابر الشك الشاقة .

أ - في طريقة تناول اللقاح : كانت التعليمات التي نشرها معهد باستور تشمل امرين متناقضين ، فبعد ان اشارت باعطاء اللقاح في الايام العشرة الاولى عقب الولادة بزعمها ان امعاء الوليد تسمح للمصبات الحية بالمرور في هذه المدة فقط ، قام الاستاذ (كالت) يومى ب تكرار الاستلحاق في اواخر السنوات الاولى والثانية والسابعة والخامسة عشرة وذلك لدعم المناعة البدئية ، مما يفرض معه ان مخاط الامعاء لا يزال يسمح بمرور المصبات في هذه

السن أيضاً . وهو يشير علينا من جهة أخرى بمزل الرضيع الملقح اسابيع اربعة لتصح المجال امام استقرار الوقاية المتوخاة . وقد استتجت لجنة معهد باستور التي تألفت بعد مناقشات جمعية اطباء الاطفال ان المتاعة البدئية التي يهبها اللقاح لا تتمكن في البدن الا بعد زمن من تناوله ، وقد يكون هذا الزمن طويلاً جداً في بعض الاحيان ، ولكن لم يمكنها تحديد هذا الزمن ولا عدد الاشهر التي ينبغي عزل الطفل فيها وجعله في حرز من مماسة مريض مسلول .

٢ - في استيلاء « l'impregnation » اللقاح : لقد كنا في الحقيقة ، رغم اننا لم نخرج عن كوننا من اكبر المحذرين لهذه الطريقة ، في شك مطبق ، اذ كانت الآراء تتضارب في حقيقة هذا الاستيلاء فضلاً عن لزومه . وكان يعتقد الاستاذ (كالت) ان امتصاص العناصر الملقحة عن طريق انبوب الحنك لا يخرج عن كونه فرضية حاول ، لاعتراض كثير من المؤلفين ، ان يؤيدها تجريبياً بزوع دم خمسة من الرضع تتراوح اعمارهم بين تسعة اشهر وستين . ودم قردين من الشبنزي فاثبت النتائج التي حملها الى المجمع الطبي ان اللقاح (B . C . G.) يجتاز غطاء الامعاء واجتيازه امر غير ثابت قد يقع ايضاً في اطفال في الثانية من عمرهم ، مما يقص ادعاءات المؤلف الاولى . وفضلاً عن ذلك لا يكفي ان نبرهن ان العصيات اللقاحية تمر في الدم بل يقتضي اثبات انها تحقق استثمار البدن . وما نطلبه لذلك هو اختبار الارتكاس الجلدي الدرسي البسيط (فون بيركه) لكشف الاستيلاء السلي ومراقبة الاستلقاء .

ويقول الاستاذ (وايل هاله) نفسه: ان الطريقة الوحيدة السريعة التي تساعد على التحقق من استمرار الاستيلاء اللقاحي تقوم بالبحث عن ارتكاس التجاوب (allergie) بمادة السلين، فهو اذا لم تكن له علاقة صميية بالتحصين، شاهد يسهل الوصول اليه. فاذا ما امتحن هذا الشاهد في اطفال تناولوا حين ولادتهم اللقاح (B. C. G.) كان الجواب خادعاً.

ويدعي الاستاذ (كالت) ان كثيراً من الاعمال التي نشرت في مختلف البلدان اثبتت ان الاشخاص الذين يلقحون باللقاح عن طريق الفم يزداد في الغالب احساسهم نحو السلين، ولكن هذا الدليل المزعوم يناقض اكثر المؤلفين الذين وجدوا ان (٨٠ - ٩٠ ٪) من الارتكاسات الجلدية كان سلبياً في اشخاص ملقحين كانوا في حرز من جميع الاناثات. وقد دحض ذلك خاصة الاستاذ (وايل هاله) حينما كتب: «...» في الحقيقة ان تناول اللقاح عن طريق الفم حتى في الحالات التي يتقن فيها من مرور المعصيات اللقاحية الى الدوران لا يؤدي في اغلب الاحوال الى التجاوب». اما لزوم هذا الاستيلاء فلم يكن يعتبره الاستاذ (كالت) كشرط ضروري لا غنى عنه لتأثير اللقاح، لانه ذكر للمجمع الطبي هذه النتيجة: ليس من الضروري انتظار ظهور التجاوب بالسلين لاعتبار المناعة البدئية كافية لاتقاء الاناثات السلية الشديدة في الاطفال الذين تناولوا اللقاح. غير انه لم يمكنه ان يتجاهل ايضاً قيمة الارتكاس السلي في الملقحين وهو الشاهد العادي الذي لا يدحض على الاستيلاء المعصوي، دون ان يناقض نفسه بنفسه او يتصادم برأيه مع اشد انصار هذا اللقاح كما هو مدون في فقرة استماله

وان الاستاذ (مارفان) هو الذي قال في جمعية اطباء الاطفال المتقدمة في تشرين الثاني من عام ١٩٣١: "اني افكر ان من كبير الفائدة ان يخضع الاطفال الذين تناولوا اللقاح B . C . G الى اختبار الارتكاس الجلدي فاذا بقي هذا سليماً كما يقع في الغالب، شك في ان الشخص قد امتص اللقاح وانه اصبح منيعاً .

وغاية هذا الاختبار كما تقول نشرة مهد باستور هي معرفة ما اذا اصبح الشخص مجاباً ، فالجواب المثبت يشير الى ان الاستلقاء كان مجدياً ، وفهم من السليبي ان من الخير اعادة التلقيح لان تناول اللقاح الاول لم يكن كافياً لخلق مناعة دائمة . وقد صرح اخيراً الاستاذ (وايل هاله) في بحث جديد له : انه يجب في كل مرة يشار بها بالاستلقاء ان يعتمد على التجارب في كشف سير الاستيلاء الضروري للمناعة الواقية .

فيحق لنا اذن ان نعتبر الارتكاس الجلدي كبرهان على الاستيلاء اللقاحي وان نشك في هذا الاستيلاء في القسم الاعظم من الاطفال الذين تناولوا اللقاح عن طريق الهم اي ان نشك في وقايتهم ضد السل لانه من الواضح ان اللقاح لا يفعل فعله اذا لم يبدأ باستمرار العضوية .

٣ - في فائدة اللقاح : يجب ان يجتنب في البدء خلق التباس في التعابير فن الوجهة الحيوية ينبغي ان يفرق بين التجارب والمناعة اذ يمكن الجزم اذا ما كان الارتكاس الجلدي ايجابياً باستمرار عصية كوخ للبدن، وانه قدناضل تجاهها ولكن لا يمكن ان يستتبع من ذلك انه سيكون في حرز من انقلاب مرضي . فالتجارب ليس الا شاهداً على دفاع وليس طابع نعر

نهائي ، على عكس ما هي عليه المناعة اذ هي دليل وقاية متينة ضد المرض .
ولكن اذا اعترض عليّ ما لب هذه الوقاية ليست بالوقاية الدائمة
وانه يجب في السل خاصة ان يبحث عن المناعة البدئية فغذري في ذلك اني
وجدت الاختلاف مبهماً ، ويكفي ان نلاحظ ان الاستاذ كالت وزملاءه
يستعملون التمييزين بلا فرق . وقد جاء في الصفحة الرابعة من رسالة معهد
باستور على اللقاح : ان هذه (اي الجراثيم اللقاحية) تخلق حالة مناعة بدئية
يتعلق امر استمرارية مقاومتها بالبدن تجاه الانتانات الشديدة . وذكر في
الصفحة السادسة ، ان المناعة التي يهبها اللقاح المعطى عن طريق القم حين
الولادة تستمر سنين عديدة . وفي الصفحة الثانية عشرة . ان الذين لا يبدون
ارتكاساً قد اكتسبوا المناعة ايضاً .

اذن يعتمد الاستاذ (كالت) ان فعل اللقاح المحصن يحقق ويقول ، كما
صرح كثيراً وخاصة في مجلة المنارة الطبية شهر تشرين الثاني من عام ١٩٣٢ :
ان الطريقة مفيدة ولا خطر منها . ومع ذلك فان النتائج التي استحصل عليها
كثير من الباحثين تجربة لم تثبت هذه الفائدة ، فقد نشروا ان هذا اللقاح
يزيد فقط في مقاومة حيوانات المختبر للسل . وان هذه الزيادة في المقاومة
امر متحول وعارض لا يعتمد عليه ، ولا يجزي تأثيره الاتجاهات
الاضافية المحققة ، ولا فائدة له في الانتانات الكتلية وهذا مما ينقص بوجه
خاص من شأنه في المناعة البدئية . وسرياً لم يمكن كما بينت في مواضع
اخرى ايجاد برهان يدل على فائدة اللقاح فيما اجري من الاحصاءات القليلة
على وفيات الاطفال التي كثيراً ما كانت متضاربة ومشكوكاً في صحتها .

واذا ما تراءى لبعضهم الشك في اقوالى رغمًا عن اترادي بالمناقشة ، فاني اتقدم بشهادة لا تدحض لاثنين من انصار الاستقاح على طريقة (كالت غيرن) وهي خلاصة ما كتبه الاستاذ (دبره) والطبيب (لولونغ) في صدد المناعة البدئية ضد السل ولم يبق الا اثبات حقيقة هذه المناعة الحاصلة وشدها وطول امدها »

وفضلاً عن ذلك فان هناك عدة اصابات سلية سحائية او غير سحائية شوهدت في اطفال احسن لقاحهم وقامت الينة على طبيعة الآفات السلية عندهم ، فلم ينقص ذلك عدد او اهمية الحالات التي لا تتلائم مع هذه الطريقة ٢ - في عدم اذية اللقاح : يمكن ذكر الملاحظات نفسها

فقد رفض اشباع هذا اللقاح منح ثقتهم للموارض المذكورة منذ اعلن (كالت) وزملاؤه كحقيقة علمية : ان اللقاح (B . C . G .) لا ضرر منه على جميع الاطفال والحيوانات التي تتأثر من السل . واخيراً فقد قال الاستاذ (دبره) في جمعية المستشفيات الطبية في باريس ما نصه : في هذه الحال فان ذات السحايا التي لم نعلم اسبابها والتي توافقت في ظهورها مع اللقاح واعادة استلقاح باللقاح (B . C . G .) لا يمكن ان تمزى بحسب رأينا الى عودة اللمة لللقاح ، ونحن لا تناقش في هذه الفرضية لانه لا يمكن الاعتماد عليها كما يظهر لنا ولان مختلف المسائل العلمية التي تدور حول هذا اللقاح يبدو انها تسبب في الحاضر تيقظ شعور شديد يمنع درسها درساً لا تحزب فيه . وعندى ان الفرضية تستحق المناقشة بوجه خاص وقد يكون الاستاذ (دبره) اضاع فرصة كبيرة بذلك اذ كان عليه ان يعطي مثلاً سامياً في الاتزان

والاستقلال العلمي لكل من يشيد باعمال من ينصرهم .

ويظهر لي كما قلت في حينه ان من الحق ان يعزى موت الطفل (هـ) الى اللقاح (B . C . G.) وهذا خير من ان لا نمأ بضرب ولوج عصية اقاحية حية الى البدن ، اذ تثبت جميع التحريات السريرية والتشريحية والجرثومية في هذه المشاهدة التي اشتد في تتبعها وتقصيها ان الحادث شاذ بنوعه وان الاستاذ (غيرن) لم يتأخر عن الاستماتة بالرأي القضائي القديم القائل : ان تفرد الشاهد لا قيمة له ولكن ندرة الحادث المشاهد جيداً في السرريات لا تنقص من قيمته .

ولن يخطر في بال وجوب نفي ذات السحايا بالمصيات المجيبة بحجة انها لم تصادف . ولكن هل يستخدم اللقاح اكثر من ذلك بعد ان علمنا انه يمكنه كثيره في بعض الظروف النادرة والاحوال التي يصعب تحديدها ان يكون سبباً لحوادث تختلف وخامتها . ان هذه الموارض وحالات خيبة هذا اللقاح لم تكن سبباً في القضاة على الاستلحاق بطريقة (كلمات) لو عرف هذا كيف يثبت فائدته .

٢ - القضاة على اللقاح اصبح امراً واضحاً مبرماً كما تبين لي منذ صرح به خير مناصريه . فقد اعلن في الخارج من ركن الى شهادته وهو الاستاذ (الفران) في بحث نشره في مجلة الحياة الطبية : « ان الاستلحاق باللقاح (B . C . G.) عن طريق القم طريقة لم يكتب لها النجاح في اسوج » وقد اقر في فرنسا الاستاذ وايل هاله نفسه في جمعية اطباء الاطفال (٩ نيسان سنة ١٩٣٥) ان الاستلحاق عن طريق القم طريقة غير علمية لا تؤدي

الا الى الحية في الغالب. ولكن المؤسف كما يقول صديقي (كوفن Coffin) ان رأياً واضحاً كهذا لم يظهر قبل هذا الحين. لانه اذا كان الاستاذ (وايل هاله) يعلم منذ سنة ١٩٢٧، شذوذ تفاعل التجاوب الجلدي عند من لقح عن طريق القم و اشار برجحان الطريق تحت الجلد فكيف تسنى له ان يسمح لمعهد باستور منذ ذاك الحين بنشر طريقة الاستلقاح عن طريق القم ؟ واني اسأله اليوم بكل تواضع : كيف ستكذبون هذه الاذاعات التي سارت على كل لسان وانتشرت بالمحاضرات والاعلانات والنشرات الوزارية والصحف العامة وعلى طابع مقاومة السل وغيرها دون ان تمبثوا بما تركته هذه الطريقة فينا من السحر ؟ وهل تعرفون كتاب المنزل الذي يدرس في المدارس الابتدائية وفيه تلقى على الام القبله هذه النصيحة المكتوبة باحرف كبيرة بارزة «لحمي طفلك بالقاح B . G . G.» ولو قلبتم الصفحة لرأيتم ان هذه النصيحة اقل اهمية وشأناً فيما يتعلق بالحمى التيفية والدفتريا ، فماذا صنعتهم او ماذا ستمعملون لوقف دعاوة كهذه لطريقة استلقاح اعلنتم افلاسها ؟

وقد تقدمت المسألة بعد ذلك الحين خطوة جديدة في هذا المضمار ، فان مجلة المطبوعات الطبية قبلت نشر بحث صكته (باراف وبواسونه M. M. Paraf et Boissonet) وفيه ما يلي : انا نفتكر وبعض المؤلفين من اطباء الاطفال الفرنسيين (ويل هاله ، ارمان دليل وغيرهم) واكثر المؤلفين الاجانب بوجوب اهمال طريقة الاستلقاح بطريق القم والاتجاه الى طريق تحت الجلد .

٣ - استبدال الطريق الهضمي بطريق غيره - هو امر سابق

لا وأنه وذلك .

أ - لانا بحاجة الى الراحة بعد ان صرفنا اكثر من عشر سنوات في الاشتغال باللقاح العمي . B . C . G . الذي كان يؤكّد اشياؤه حسن فائدته

ب - لانا لا نعلم تقلقل فعل اللقاح واثره في المناعة البدئية ، وان من ينصح لنا بطريق غير طريق الهضم هم اول من يقولون لنا : « ... حتى بعد الحقن تحت الجلد فان اللقاح لا يهب الا مناعة نسبية ضئيلة لا يمكن ان تقارن مع الماعة الشديدة التي تتركها الجراثيم الاخرى (العصيات نظيرة التيفية ب وضحات الهيضة وغيرها) ، او ذيفاناتها (ذيفان الكزاز وذيفان الدفتريا) ونعتقد تجريباً انه لا يمكن تحصين قبة باللقاح (B . C . G .) تجاه اثنان شديد الحمة ، وان وقاية اللقاح سريراً ضد عدوى كتلية ومكررة امر غير ثابت كما يتحقق ذلك في العدوى من الام او الاب (باراف وسميونه) .

ج - وانا لا نعلم شيئاً حقيقياً عن الاستلحاق ضد السل سيميا وتصريحات الاستاذ (دبره) والطبيب (لولونغ) لا تزال حديثة « ... يبقى علينا ان نبرهن على حقيقة المناعة الحاصلة وشدةها ومدتها وتحديد اجل اعادة الاستلحاق بحسب هذه المدة والطريقة المفيدة في ادخال العصية الملقحة ، علينا اخيراً ان نعين المقادير المدة للالتحاق واعادة الاستلحاق . وهذه كلها مسائل دقيقة قد درست جيداً منذ التجربة الاولى التي قام بها (وايل هاله) ولكن بقيت نقاطها المختلفة رغم ذلك معلقة لم يحزم بها ، فلا يمكن حذف صعوبات التحقيق هذه الا بعد ابحاث طويلة . »

د - لانه لا يزال هناك تناقضات شديدة في الآراء وما اشير به علينا

من النصائح : فيينا الاستاذ (وايل هاله) يعتبر ان الوقت الملائم للالقاح وتنفيه تولد ارتكاس التجارب هو نهاية الاسبوع الاول من الحياة ، زى ان (باراف وسيمونه) لا يتورعان عن مجابته بقولهم : نحن نمتد على خلاف ما هو شائع في الوقت الحاضر بعدم فائدة الالقاح في الوليد والرضيع القتي اذ ينبغي ان يجرى الالقاح تحت الجلد في نهاية السنة السادسة .

هـ - واخيراً لاتا لسنا على ينة قامة من طبائع عصية كوخ وهذا ما يقال على الاقل في مشاهدة الاستاذ (رومر Rhomer) التي مات بها الرضيع من ذات السحايا بعصية بقرية ، اذ ان الاستاذ (غيرن) يقول لنا في بحث طويل : «... ان تمييز هوية عصية سلية مخرجة من جسم ما امر دقيق جداً ، واذا عرف انها بشرية او بقرية فلا يكون ذلك يقيناً ، لانه قد يصادف احياناً ان عصيات معتبرة في صف العصيات البقرية في الارنب يمكن ان تظهر كمعصيات بشرية في الحيوانات المجتر ، وبالعكس فان العصيات البشرية الحقيقية قد تسبب في الحيوان المجتر آفات تشبه من جميع نواحيها ما تحدثه العصيات البقرية ، فتجاه مثل هذه الشكوك والتناقضات يظهر لي ان من الحق ان اتول :

الخلاصة : يجب ترك اللقاح (B.C.G) القمي لان محبذي هذه الطريقة انفسهم قد علموا بضرورة ذلك في الوقت الحاضر . وينبغي ان لا نشير بطريق غير طريق القم قبل ان نتمد على دراسة تجرية في الاستلحاق ضد السل ، وان نحصل على يقين علمي لقيمة المناعة البدئية التي يتركها اللقاح في مرض لا يهب عفواً الا مناعة مؤقتة وغير ثابتة .

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في حزيران سنة ١٩٣٨ م . الموافق لربيع الثاني سنة ١٣٥٧ هـ .

الجمعية الطبية الجراحية

جلسة الثلاثاء ١٧ ايار سنة ٩٣٨

تليت فيها التقارير التالية :

١ — العلم شادل : مشاهدة الكيس نظير الجلد المتأصل من الجيب الضلعي الحجابي الذي عرض في الجلسة السابقة :

بين الباحث ندرة استقرار ورم كهذا في جوف الصدر ولقت الانظار الى خفة العلامات الرئوية بالاصفاء وضالة الاضطرابات الوظيفية واستحالة التشخيص بدون الاشعة المجهولة . وان تشخيص هذا الكيس جاء صدفة في سياق معاينة المريض الشعاعية .

٢ — الملاء شابو وتياو ويرقدار : عصاب زندي ذو منشأ استثنائي . مشاهدة استقرت فيها القرص في العصب الزندي . وقد تقدم المصاب الزندي

نوبة تفرس درسية في ايهام القدم. وشفي العصاب والايهام بالمعالجة المألوفة.

الناقشة : المليون ترايو وعرقنجي

٣ — الطيم شوكت القنواي : حادثة رض بطن مع تمزق تلم في المي

الديق وتزف باطن بدون تقمع الجدار .

مريض جيه به الى المستشفى العام في حالة الصدمة بعد ان صدم بطنه بمجرّ عربة صدمة عنيفة فكوّخت صدمته بمقويات القلب غير ان نبضه عاد الى الاسراع ولم يكن جدار بطنه متقماً ففتح بطنه لمعالجة تزفه الباطن واذا بروة مموية دقيقة منقطعة قطعاً تاماً وبمواد الامعاء وبخمس حبات بطن في جوف الصفاق فضيط المي واغلق البطن بلا تغيير وشفي الجريح فنية التقمع في آفات الاحشاء الجوف فادرة جداً وهذا ما حدا الباحث الى تقديم مشاهدته .

الناقشة : الملام شابو ، مرشد خاطر ، قنواي

٤ — المليون ترايو وبجيل ربيع : عدّ الكريات البيض والصيغة الكروية

في الزحار الكبدي :

ليس ازدياد الكريات البيض ولا نسبة الكثيرات النوى العالية فيها دليلاً قاطعاً على داء التحولات المتفحج فان المشاهدة التي قدمها الباحثان بلغ فيها عدد الكريات البيض ١٩٥٠٠ في الميتر المكعب ونسبة الكثيرات النوى ٧٣٪ . ولم يلجأ فيها الى التوسط الجراحي مع ان الكبد كانت مؤلمة والحاراة عالية والزحار مثبتاً بالفحص المخبري والحالة العامة سيئة . غير ان الكبد التي لم تتجاوز حافة الاضلاع وغية علامات التفحج الكبدي الاخرى

وفعل الامتين التاجع كل هذا دعا الى ترك التوسط الجراحي جانباً وقد اثبت
تحسن المرض ان الباحثين كانوا على صواب في الحطة التي سلكوها
الناقشة: العليان تراو ، عرقنجي

مرشد خاطر

* * *

١- التهاب عصب زندي منشأه النقرس

لجراح المستشفيات العسكرية الكابتن شابو

والطبيب الكابتن تياو ، والطبيب المساعد خليل يرقدار

اتني استبحكم عذراً اذا قدمت لحضرتكم مع اتني جراح مشاهدة ذات علاقة بالامراض الباطنة اكثر منها بالامراض الجراحية فان ينسكم من هم احق مني في معالجة هذا الموضوع ولكن ندرة هذه المشاهدة وفائدتها العملية شجعتاني على رفعها اليكم

اما الشاهدة فتلخص بما يلي: دخل المستشفى العسكري بتاريخ ١١ ذار سنة ١٩٣٨ مريض يبلغ الثلاثين من العمر مع التشخيص التالي «اوجاع منتشرة على امتداد العصب الزندي الایسر ترافقها كدمة دموية واقعة على وجه الكتف اليسرى الامامي غير رضية المنشأ» .

وقد ذكر المريض انه شعر منذ بضعة ايام بشلل ومعص (crampes) مؤلم في الوجه الانسي للساعد الایسر وخنصر اليد اليسرى وبنصرها مع كدمة دموية في القسم العلوي الایسر للصدر ظهرت بدون رض سابق ويبليغ اتساع هذه الكدمة مساحة الكف وهي مستقرة بجذاء العضلة الصدرية الكبيرة وليس تحتها ورم دموي

ولم تظهر الماينة الحركية للعصب الزندي شيئاً غير طبيعي فيه . فجميع الحركات التابعة لهذا العصب كانت تتم طيعية الا تقرب الخنصر فهو

اضعف مما في الطرف المقابل .

واما جس العصب فقول مع ضعف حس (hypoesthésie) خفيف بالوخز
واللمس علي امتداد حافة اليد الزندية ، والمتعكسات العظمية الوترية طبيعية
ولا اضطرابات اغذائية مطلقاً . ولم تمكن من اجراء الفحص الكهربائي
وليس في الاوردة او الشرايين التهاب .

الاشارة التموجية (indice oscillométrique) طبيعية لا ورم في الناحية
الرقية كما يستدل من الفحص باشعة رونتجن سائر الاجهزة سليمة .

اما نتائج الفحوص المخبرية فهي كما يلي :

فحص الدم :

مدة التخثر ١٣ زمن الادماء ٤

متانة الكريات الحمر طبيعية : يبدأ انحلال الدم في محلول من كلودور

الصوديوم كثافته ٤ ويكتمل في محلول كثافته ٢٥

الصيغة الكروية :

من كريات النوى ٦٥ %

من التفاوتات ٣٣ %

من وحدات النوى ٢ %

ولم يعثر على كريات باشكال غير طبيعية

اما الحامض البولي فلم نعاير كيته في الدم .

تحليل البول :

١٢٦٠ سم ٣

١٠١١

الحجم

الكثافة

الفاعل	قلوي
آجن	لا يوجد
سكر	•
اصباغ وملاح صفراوية	آثل زهيدة
البولة	١٩ غراماً في الايتر
آندول	آر زهيد
سكاتول	لا يوجد

حرارة المريض طبيعية وهو غير مصاب بالسكري ولا بالسل الرئوي وليس فيه اي اثر لمرض اتاني او خناق

وهو غير مصاب بالاندام بملاح الرصاص او الزئبق او حمض الفحم وغير مفرط في تماطي الخمر وقد تحريتنا علامات الانسجام الكحولي فلم نعتز على شيء منها فيه ولكنه يعترف بأنه نهم يفرط في تناول الاطعمة الدسمة .
وغب وضع المريض على الحمية اللبينة والحضر واعطائه كمية قليلة من كبريتات الصوده يوماً اخذت الاجاع تخف وينا كان المريض متأهباً لمغادرة المستشفى اصابته نوبة قارس درسية فكشفت لنا سبب مرضه .

في ليلة ١٥ - ١٦ آذار شكا المريض آلاماً شديدة في ابهام رجله اليسرى ولم يبلج الصبح حتى شاهدنا ابهامه متورماً ولونه يقرب من لون قشرة البصل .

وفي ١٨ من الشهر نفسه اصيب ابهام قدمه اليمنى بالاعراض نفسها فعملج المريض بمركبات الكولشييك والمالييلات وترك المستشفى بعد ان شفي تماماً وكانت قد مرت على مداواته الاحيرة عشرة ايام

فاذا استثنينا نوبة النقرس المألوفة التي يحدث فيها الألم بعد منتصف الليل في هذه المفصل المشطي السلامي لابهام القدم فيستيقظ المريض لشدها مزعجاً وأينا ان المليم ليكودشه (Lecorché) يميز خمسة انواع من النقرس
١ - نوبة نقرس خفيفة او مجهضة (avorté) تشابه في الغالب الوثاء

(entorse) او الشرث (engelure)

٢ - نقرس يستقر اولاً في غير مفصل ابهام القدم .

٣ - نقرس لا يستقر في ابهام القدم .

٤ - نقرس منتقل الى معظم المفاصل كلما تعددت النوب .

٥ - نقرس يعم ثسائر انحاء الجسم ويلتبس في الغالب بالريثة .

وقد يستقر النقرس ايضاً في اوتار العضلات ، واكياس المفاصل الآحية والعضلات حتى في البشرة ايضاً وقد يمتد النقرس الى اجزىة الدوران والبول والتنفس والهضم واعضاء الحس والى الجملة العصبية ايضاً

فاذا ضربنا صفحاً عن النقرسين النخاعي الشوكي والدماغي ذكرنا فقط آلام رأس شديدة وشقيقة ودواراً وطنين الاذنين وحسراً امام الناحية القلبية وميلاً الى النعاس وحس حرارة وتغير الطباع ورغبة عن العمل .

وذكر بعض من المؤلفين ان النقرس قد يحدث عملاً وآلاماً عصبية حتى التهاب النسا (sciaticque) ولكتنا لم نعثر في جميع المؤلفات الطبية المدرسية التي رجعنا اليها على حادثة التهاب المصب الزندي في المصاين بالنقرس .

غير انني قد عثرت في مجموعتي على مشاهدة فادرة تشابه مشاهدتي في البراس ماديكال بتاريخ ٢٤ آب سنة ١٩٢٩ شاهدتها مارسل

فوردبوليو وهذه خلاصتها :

استفاق المريض من نومه لآلم شديد في ساعده الايسر ولا سيما في جذر اليد يمتد الى جذمود الكتف وخنصر اليد اليسرى وبنصرها وقد اخذ الالم يخف بعد ان عولج بالاسيرين والتمسيد ولكنه انتقل الى اليد وتحول الى خبل (engourdissement) وعمل مزعج وقد استشار المريض لضعف في بعض حركات يده ولا سيما ادمم الياقة فيها .

فحص الحس : ضعف الحس في ضرة اليد (hypothénar) باللمس والوخز وعلى الوجه الامامي للخنصر والبنصر . وضغط عضلات الضرة يوقظ حس وخنز مؤلم كأنه اقتراغ كهربى .

وليس في انحاء الذراع اي اضطراب حسي مرئى غير ان ضغط المصب الزندي الذي لم يتبدل حجمه خلف فوق البكرة يحدث نملاً اشد مما في الطرف المقابل .

الفحص الحركي : كشف خذلاً (parésie) في العضلات بين المظام وقد عرف بمضادة السبابة والخنصر عن الاتفرق .

فحص التمعكسات : اظهر ان التمعكس الزندي الكاب معدوم .

فحص الدم : في اليتير ٠.٢٠ سنتغراماً من حامض البول عوضاً عن

عشرة سنتغرامات

وقد اصاب المريض بنوب التقرص منذ عشر سنين واعتقرته في خلالها ٥-٦ نوب مؤلمة استقرت في طرفيه العلويين متناوبة مع آلام حادة في ابهامي القدمين .

اما المريض الذي ذكرنا مشاهدته فقد اعترته نوبة واحدة فقط ولم تظهر فيه اقل علامة حركية كما في مريض مارسل فوردبوليو غير ان خذلاً خفيفاً في تقريب الخنصر بدا فيه .

واتي القت انظاركم الى هذه العلامة التي تحققتها بعد ان تحققتها كثير غيري من الاطباء فهي ليست فقط العلامة الوحيدة التي يتصف بها الشلل الزندي في بعض الحالات بل قد تكون الاولى في ظهورها والاخير في زوالها .

انتم تعلمون انه اذا كان شلل مقربة الابهام العلامة الرئيسة في اصابة المصب الزندي الاكيد فشلل العضلات بين المظام اسبق العلامات في الظهور والعضلات بين المظام الظهري مبعدة وبين المظام الراحية مقربة بالنسبة الى محور الطرف فلا عجب اذا ما زالت حركات الاصابع الجانبية . غير ان الباسطة المشتركة مبعدة والماطفات هي ايضاً مقربة فلا بد من بطلان فعل الماطفات بوضع اليد منبسطة على المنضدة فاذا تمكنت السبابة حيثئذ من الحركة بالباسطة المشتركة وهي المبعدة وبالباسطة الخاصة وهي مقربة ، واذا تمكن الخنصر من الابتعاد عن البنصر بالباسطة المشتركة والباسطة الخاصة المتدججتين فانه لا يستطيع الاقتراب من محور اليد لان المنضدة تمنعه عن الانطاف .

واذا ذكرت هذه المعلومات التريزية المتبسة من التشريح فلكي اوجه انظاركم الى ان التفتيش عن فلج العضلات بين المظام الذي نحواه فوردبوليو غير كاف . وقد يوقع في الخطأ لانه بمضادته السبابة والخنصر اشرك في العمل الباسطات التي لم تكن مفلوجة .

ولو اتيتي اكنفيت بدرس هذه العلامات الحركية فقط في مريضتي لما كنت
عرفت ان في العضلات بين المظالم خذلاً خفيفاً .

واما الكدمة التي ظهرت في المريض فليست اظن ان نقص عدد اللويحات
الدموية وحده كافٍ ليعلمها بل يستطيع عزوها على ما ارجع الى قصور خفيف
في الكبد ولم تتمكن من البت في هذا القصور لنقص وسائلنا المخبرية .

ولعلّ بمضكم صادف مثل هذه الحادثة ولكنها نادرة في كل حال . غير
ان القصور السريري الدقيق والتفتيش في المراجع الجامعة قد يزيد عدد هذه
المشاهدات . ان التهاب المصّب الزندي قد ظهر في مشاهدة فوربوليو في
مصاب بنوب تقرس معروف واما في مريضنا فقد كان الظاهرة الاولى انوبة
التقرس ولا عجب اذا ما شوهدت حوادث من المصّبات الزندية حتي من
التهاب المصّب الزندي المجهولة السبب التي يستطيع تحسينها وشفاؤها بالمعالجة
المضادة للتقرس . فهذا الاتجاه الجديد في معالجة هذه الالتهابات المصية يحمل
لمشاهدتنا القائمة التي حدثتنا الى تقديمها لكم .

الثاقبة : سليم زاوي : ان المرفق كان سليماً في مريضك فضلاً عن ان
التقرس قلما يصادف في مثل هذا العمر . غير ان التهاب المصّب الزندي
في مرضى مسنين يستطيع تعليه بالتهاب المفصل التقرسي او بانضغاط المصّب
برسوبات كلية كيف لا ومناسبات المصّب الزندي مع فوق البكرة وثيقة
جداً واجتياز المصّب للقناة المظبية الدقيقة في هذا الحذاء يرضه للانضغاط
السليم عرقيجي : صادفت في احد المرضى التقرسين عصاباً كثيفاً شديداً
بالمصاب الزندي الذي ذكرته وقد شفي بسرعة باستعمال محلول لافيل .

٢ - حادثة رض بطن مع تمزق تام في

الامعاء الدقيقة وتزف باطنه بدون تقفع الجدار

للعلم شوكت التتواني

في الساعة التاسعة من مساء ٢٠ شباط ١٩٣٨ تلقيت من الطيب المتأوب في مستشفى المهد دعوة لرؤية مريض مصاب برض البطن وبعد سؤال الطيب المتأوب عن امره اجاب انه يدعى هارون بن اسحق من دمشق وعمره خمس عشرة سنة وانه بينما كان يركب دراجة صدمه على بطنه بحرارة فسقط مغيباً عليه ونقل الى المستشفى في الحال في الساعة الثالثة بعد ظهر اليوم المذكور وبعد ان عاينته وجدته صاحب اللون فاقد الرشد بارد الاطراف حرارته ٣٧ وعلى الناحية الشرسوفية من جدار بطنه كدمة سطحية مدورة شبيهة بنهاية بحر العربة التي احدثت الرض ، نبضه متقطع عدده ٩٥ في الدقيقة بطنه لين في جميع الانحاء وليس فيه اي تقفع عضلي او انتفاخ او خرس ، قاه المريض بعد وصوله المستشفى مرتين اقية طعامية لا اثر للدم فيها ، والحلاصة ان المريض لم يبد سوى اعراض الصدمة فوضع تحت المراقبة وحقن تحت جلده بالمصل الفريزي وبمقويات القلب فخفضت اعراض الصدمة وظهر على المريض بعض التحسن ثم اعاد فحصه في الساعة الرابعة فوجده واهناً لا يجيب عن الاسئلة التي توجه اليه الا بصعوبة ولكنه لم يكن يبدي اي ضجر

او هياج او غلغل ، وقد زال تقطع نبضه غير انه اسرع فبلغ ١٠٥ في الدقيقة
واما حالة البطن فظلت كما كانت في الفحص الاول ، فهو لين بلا تقمع ولا
ألم ولا خرس وبقيت حال المريض كذلك في الفحوص التي اجريت ساعة
بعد ساعة . فامام هذا المشهد رأى حاجة الى دعوة جراح الحفر لآخذ
رأيه فدخلني .

جئت في الساعة التاسعة فرأيت طفلاً رقيق الجسم شاحب اللون نبضه
ضعيف وسريع يمد في الدقيقة ١١٥ بطنه لين جداً في النواحي جميعها وليس
فيه شيء من التقمع المضني ولا الحرس ولكنه مؤلم قليلاً في موضع النكدمة
وحين جسها فاستأدأ الى اسراع النبض وتساقطه الذي كان آخذاً في
الازدياد منذ دخول المريض المستشفى حتى معاينته الاخيرة . رغم المصل
الغريزي ومقويات القلب وبناء على هذا العرض وحده الكافي للدلالة على
نقص باطن قررت التوسط الجراحي .

نقل المريض الى غرفة العمليات وخدر بالايثر وفتح البطن على الخط
المتوسط من الذيل الخنجري حتى السرة فلم اكده افتح جوف الصفاق حتى
تدفقت منه كمية من الدم غزيرة فجففتها بالزوائد البطنية ثم بدت امام عيني
حروة معوية متمزقة وعلى اطرافها كدمات وشاهدت عدة اوعية ماسارية
متمزقة ورأيت في جوف الصفاق خمس حبات بطنية ، واما تمزق الامعاء فقد
كان تاماً اي انها كانت منقطعة انقطاعاً كاملاً مشتملاً على دوائها جميعها فاخرجت
الامعاء المتمزقة وارقات الاوعية النازقة بالمناقيش وطرحت الديدان الخمسة
ونظفت البطن من الدم واكملت فحص سائر الاحشاء البطنية فوجدتها سالمة

ثم ربطت الاوعية النازفة وقشرت حافات الامعاء المشرشرة المكدمة وخطتها خياطة انتهائية انتهائية ونظفت البطن ثانية بالقرني والمصل القرني القار ولم استعمل شيئاً آخر من المواد المطهرة كالايثر مثلاً بعد ان ثبت انها تنقص من دفاع الصفاق ، وخطت البطن طبقة واحدة بشعر فلورنسة المضاعفة ولم اجفر

نقل المريض الى سريره وحقت لحته بالمصل القرني والزيت المكوفر وفي اليوم الثاني لقمع بلفاح البرويدون . اما عواقب العملية فكانت حسنة جداً واندمل الجرح البطني بالمقصد الاول وزعت الجيوب في اليوم الرابع عشر وغادر المريض المستشفى في ١٦ آذار شافياً .

.....

ان هذه المشاهدة التي سردها باختصار ، كبيرة الفائدة ولعلها الاولى من نوعها . فان رضوض البطن التي تراقبها آفات حشوية تنقسم كما لا يخفى فثنين كبيرتين ، آفات الاحشاء المملوءة ، وآفات الاحشاء الجوف . اما الاولى التي تتعرض لنزف باطن فقد اختلفت الآراء في تقفج جدار البطن فيها فمنهم من قال ان نزف الدم يخرش الصفاق فيدعو الجدار الى التقفج الانسكاسي ومنهم من قال ان الدم اذا لم يمتزج بمادة اخرى غرشة لا يحدث التقفج . فانقطاع المروك الماسارية مثلاً وانشقاق الطحال قد لا يحدث فيهما تقفج لخلو الدم فيهما من المواد الاخرى وجروح الكبدي تقفج فيها الجدار متى امتزج الدم بالصفراء .

ان ما قبل عن هذه الفئة الاولى قد اثبتته المشاهدات التي ايدت قارة

قول المجذبن واخرى حجة المراضين. ولكن اذا كانت الآراء قد تضاربت في آفات الاحشاء المملوءة فانها قد اجمعت على القول بتقعع الجدار في آفات الاحشاء الجوف . وفي مشاهدتنا انقطع المني الدقيق انقطاعاً تاماً وخرجت حيات البطن والمواد المعوية الى جوف الصفاق ولم يظهر اقل تقعع ولو لم يرشدنا تعلق البيض الى ضرورة التوسط الجراحي لما كنا اقدمنا عليه .

.....

ان هذه المشاهدة تدعونا الى ائمت انظار الزملاء الى هذا المرض وشدة اختلافه فكما ان مشاهدة استاذنا لوسر كل الى جمعية الجراحة الباريسية عن انشقاق الطحال الحالي من تقعع قد جرت وراها مشاهدات من نوعها ، فقد يكون من مشاهدتنا هذه خافز يدعو الجراحين الى تبديل ادأهم في هذا المرض المتقلل وقد يأتي المستقبل بمحادثات جديدة يثبت بها ان تقعع الجدار ليس المرض الواسم في آفات الاحشاء الجوف كما كان يستقد حتى الآن .

الناقشة : العلم شابو : ليست الحادثة من الندرة بقدر ما يظن فقد صادفت مع فبو شخصاً مصاباً برض البطن نقل الى المستشفى في حالة الصدمة مع تناذر زرف باطن ولم يكن جداره متققاً . وقد ظل تقعع غائباً خمس ساعات بعد حدوث الصدمة . والاستاذ مولوتنه الذي كان حاضراً العملية اشار بعد ان رأى قوى الموضوع تهن باغلاق البطن بسرعة قبل ان يقضى عليه غير انني بعد ان ادخلت يدي الى قعر الحوض اخرجت منه عروة معوية مقطوعة قطعاً تاماً ولم تكن تلك العروة الا قطعة من الاثنا عشري مقتلعة

في حذاء ارتكاز عضلة آثر . وتعلل غيبة التققع بكون الطبقة المضطربة حين حدوث الاقلاع تتمطط . وتنشج فتكون سدادة مخاطية تسد فوهة المي وتنع محتواه المخرش عن الانصباب في جوف الصفاق واحداث التققع . ولا فرق في الممارسة بين ان يكون او لا يكون تققع ما زال النزف الباطن يدعو الى التوسط السريع . وغية التققع في المشاهدة التي اوردها الزميل قناني استطاع تعليلها بظهور اعراض النزف الباطن التي تسبق اعراض مخرش الصفاق وظهور التققع . واظن ان التققع لا يظهر في البدء في كل مرة تجتمع فيها الافتان : النزف الباطن وانتقاب الاحشاء

البييم قناني : ان الآلة التي ذكرها المليم شابو لا توافق المشاهدة التي اوردها فان مضادة خمس حبات بطن في جوف الصفاق دليل على ان السدادة لم تتكون وان السائل المعوي المخرش قد انصب حين خروج هذه الديدان وطى الرغم من كل هذا فان التققع لم يظهر . وهذه هي المرة الاولى التي اصادف فيها غيبة هذا المرض في خلال عشر سنوات مارست فيها جراحة الخمر . فليست الحادثة كثيرة الوقوع بل فادرة جداً على ما ادى واما تعليل الزميل شابو فليست اجاربه فيه لان النزف الباطن في مشاهدي لم يكن غزيراً جداً ولم تكن اعراضه شديدة لتجب التققع هذا اذا سلنا جدلاً بان اعراض النزف تحجب اعراض المخرش الصفاقي مع اني اعتقد العكس لان انصباب الدم في الصفاق يجعل البيئة ملائمة اشد الملائمة لنبت الجراثيم الآتية من الآفة المعوية فالاخرى بالتققع ان يبكر في الظهور وان يشتد

العلم مرشد خاطر : قد بضمت في سياق ممارستي الجراحية الطويلة مئات من رضوض البطن ورأيت عدداً عديداً من افات الاحشاء المتنوعة الناجمة عن الرض ولم اصادف مع ذلك غيبة التقع مطلقاً ولا في حادثة واحدة من رض البطن المختلط بأفة الاحشاء الجوف . وعليه فاتي اشارك العلم قنواني بكون مشاهدته فادرة جداً ومفيدة كل الفائدة من هذه الجهة. غير انني اقول ان الانظار الى ان تقع جدار البطن قد يكون موضعاً فقط في حذاء الجشا المأوفة وقد يستتر فلا يبدو الا اذا أحدث كما لو طلب من الجريح ان يتنفس تنفساً عميقاً

العلم قنواني : اتني لم اصادف في مجموعات السنوات العشر الاخيرة من مجلة جمعية الجراحة الفرنسية حادثة واحدة تشابه الحادثة التي ذكرتها والتقع في الحادثة التي اوردتها لم يبدُ مطلقاً مع اتني جربت احداثه في المريض كما ذكر الاستاذ خاطر فالمرضى كان هزيباً ومسترخي البطن حتى اني تمكنت من جس عموده الفقاري من خلال الجدار

عد الكريات البيض و الصيغة

الكروية في الزحار الكبدي

لطيفين آرايو وجبل ربيع

ان لتأنيخ فحص الدم قيمة كبيرة في تعيين الآفات التي يحدثها الزحار في الكبد . ولكن ألهذه التأنيخ قيمة مطلقة وهن يجوز ان تبني عليها وحدها ضرورة التوسط الجراسي اذا دلت على تقيح في الكبد ؟ اتنا لا نظن هذا والمشاهدة الآتية احسن برهان على ما نقول :

المريض ف. أ. سنة ٢٩ سنة . دخل المستشفى في ٢٦ اذار سنة ١٩٣٨ مصاباً بحالة حمية وتزرف شرجي . افاد المريض انه كان يمدن الاشربة الكحولية جميعها وانه اصيب بنوب بردائية استمرت ستة اشهر وزحار ظل شهراً تقريباً الا انه نفى كل اصابة سابقة بالافرنجي .

وقد دل مخطط الحرارة في الايام التي تلت دخول المريض على نوب بردائية بلغت الحرارة فيها ٣٩ - ٤٠ راقها فافض وعرق . اما النزف الشرجي فقد افاد المريض عنه ان ابتدأ منذ ١٥ يوماً وانه يعاوده مرتين الى ثلاث مرات يومياً بلا زحير ولا مخاط في الفائط . والمريض فقير الدم جداً شاحب الوجه ملتحمته يضاء اللون ، لا يستطيع الوقوف لضففه العام ، يشكي ألماً شديداً في مراقه اليمنى زاوية القولون والتاحية الكبدية والوردوب الاخيرة

جميعها حساسة جداً ومؤلمة لأقل لمس ولا تقف في الجدار، صمم الكبد طبيعياً الطحال مقروء بطول ٤ أصابع على الخط الابطي ولكنه غير مجسوس، القلب والرئتان سليمة الضغط الشرياني ١٢ - ٧٠٥ بجهاز فا كر .

رسمت الكلتيان بالأشعة بعد حقن المريض بالأبروديل فلم تبدُ فيها حصى او شيء آخر يجلب النظر . عيار بولة الدم ٠٠٦٠ سغ في اللتر .

وعلى الرغم من غيرة مصورات البرداء من الدم حقنا المريض بقرام من الكينين يومياً لأن البرداء كانت محققة عندنا نظراً الى مخطط حرارة المريض وحقنا المريض ايضاً بمخلصة الكبد لتحسين حالته العامة . وبعد ٤ - ٥ ايام هبطت الحرارة الى حالتها الطبيعية ووقف النزف الشرجي ولكن آلام المراق اليمنى لم تنقص مطلقاً بل كانت تضطربنا الى اعطاء المريض خلاصة الافيون او المورفين .

وبعد اربعة ايام اصبح الغائط مخاطي الشكل وبعد عدة فحوص مخبرية كشفت ايكاس التحولات الزحارويه فيه ففكرنا في التهاب الكبد الزحاري على الرغم من بقاء الكبد عند حدودها الطبيعية .

وغب المداواة بالامتين غاب المخاط من الغائط وسكنت الآلام وعاد كل شيء الى ما كان عليه . هي مشاهدة بسيطة لو لم بدعنا درس الصيغة الكروية في هذه المشاهدة الى التساؤل مراراً عديدة عما اذا كنا بازاء تناذر شوفار ام نحن امام مجمع قبيح يجب تفجيده واليكم نتيجة فحوص الدم .

٢٧ اذار الكريات الحمراء ٣ ملايين ونصف مليون . الكريات البيض ٩ الاف . الصيغة طبيعية .

٣٠ آذار الكريات الحمر ٣ ملايين . الكريات البيض ١٢٦٠٠ كثرات
النوى ٧٤٪ . وحيدات النوى الكبيرة ٩٪ . اللغوايات ١٥٪ . محبات
الحامض ١٪ .

٥ نيسان الكريات الحمر ٤ ملايين . الكريات البيض ١٣٨٠٠ كثرات
النوى ٦١٪ . وحيدات النواة الكبيرة ١١٪ . لغوايات ٢٨٪ .

١٠ نيسان كريات حمر ٤ ملايين ونصف مليون كريات بيض ١٩٦٠٠
كثيرات النوى ٧٣٪ . وحيدات النواة الكبيرة ١١٪ . لغوايات ١٦٪ .
وقد ترك المريض المستشفى في ١٨ نيسان اي بعد ٨ ايام من العد الاخير
للكريات البيض معافي وقد زال ألم مراقه البنى وزحاره وبرداؤه . وعاد
اليه النوم والاشتهاء

ان عد الكريات أمر عادي كلما شك في مجمع قبيح زحاري في الكبد
وهو في مشاهدتنا ذو بال .

فان هنا تضاداً صريحاً بين تحسن فقر الدم المستمر ، الناشئ عن المعالجة
بالكيما وخلاصة الكبد . وبين ازدياد عدد الكريات البيض ولاسيما
الكثيرات النوى منها على الرغم من المداواة بالامتئين . انكم جميعاً ونحن
معكم ارسلتم الى الجراحين مرضى مصابين بخراجات كبد زحارية مع كريات
بيض لا يزيد عددها عن ١٢ - ١٥ ألفاً . وفي مشاهدتنا هذه فان ازدياد
عدد الكريات البيض من ١٢٠٠٠ الى ١٩٦٠٠ والآلام المنحصرة في الوروب
البني كانت تدعوها الى التوسط الجراحي . ولكننا نحن والاستاذ مرشد خاطر
لم نقرر ذلك لان حجم الكبد كانت طيعة . مما لا يتفق حتى مع تناذر

شوفار البسيط . وان توالي الحوادث امان لنا اتنا كنا على صواب . فداء المتحولات المتقيح قد لا يكون ولودات عليه صيغة الدم . وعلينا ألا نمد الموضع الا اذا اجتمعت العلامات الاخرى الدالة على تقيح الكبد .

الناقشة : العلم عرقتجي : تقول ان المريض ترك المستشفى معافى مع انك ذكرت في مشاهدتك ان مريضك قد ترك المستشفى بعد ان عدت كرياتة للمرة الاخيرة بثانية ايام وكانت اذ ذاك ١٩٦٠٠ فما حلّ بهذه السكريات البيض المزداة ؟

العلم تراو : اتني بعد ان تحسنت الاعراض السريرية جميعها : زوال النزوف الشرجية واعراض الزحار وهبوط الحمى واستعادة القوة والاشتهاء لم اعد اعلق اهمية على عدّ السكريات البيض الذي لم يتفق مع الاعراض السريرية الاخرى فضلاً عن ان المريض بعد ان تحسنت اعراضه ترك المستشفى ولم يرغب في البقاء فيه غير ان اخباره لا تزال ترد عليّ وحالته آخذة في التحسن المطرد واتني ارضاه للزميل عرقتجي سأسأل المريض بالسماح بمعاينة دمه مرة ثانية وسأجتهد ان اتقل الى حضرة الزميل نتيجتها في الجلسة القادمة العلم عرقتجي : اتني اعلق شأنًا كبيراً على هذا المعالجة الاخيرة التي سنعلم منها ما اذا كان الشفاء حقيقياً فلعلّ المريض قد اصيب بخراج صغير في كبده ولا يزال كامناً فيها حتى الآن .

العلم تراو : لست اعتقد ان الامتين وحده يشفي حتى الحراجات الصغيرة الا اذا اشرك معه البزل المفرغ

اما نتائج فحص الدم التي كنت اعتمد عليها كل الاعتماد في مرضاي

لأثبت التقيح فلم اعلق عليها اقل اهمية في هذه المشاهدة لانها لم تتفق مع
العلامات السريرية التي تغلبت على المجهر: وان تحسن الحالتين العامة والموضعية
هذا التحسن الباهر لا يتفق وبقاء خراج اياً كان حجمه في الكبد .



خلاصة نظرية اللولبيات

للدكتور زغيب ميخائيل

نشر هذه المقالة التي وردتنا من مؤلفها وليس
لنا اقل رأي خاص في النظريات التي ذكرت فيها
« المجلة »

أ - القسم الطبي

١ - نشأة المادة : منذ ملايين السنين خلق الله طلقة مشعة ذات موجة
متناهية في القصر تحول اشعاعها تدريجياً الى كهارب ونوى ثم الى
ذرات فعناصر .

فقد تكون اولاً سديم هائل مظلم لم يلبث ان اضاه نتيجة تقلصه الذي
جعله ايضاً يدور حول نفسه مكوناً سديماً لولياً له ذراعان تكشفت فيها
اجزاء لم تلبث ان انفصلت مكونة النجوم ومنها الشمس .

ومن النجوم نشأت السيارات ومنها الارض . فقد حدث ان اقترب
نجمان احدهما من الآخر فسبب اكبرهما مدأ عالياً في الاصغر اخذ يزاد كلما
اقتربا مكوناً ذراعاً هائلاً من الغازات والعناصر لم يلبث ان انفصل الى
السيارات السبع المعروفة ومنها الارض .

وكانت الارض كتلة ملتبة بردت قشرتها الظاهرية بمرور الزمن وفي
خلال ذلك تم ظهور العناصر التسعين وآلاف المركبات الكيميائية
ومنها الماء .

٢ - نشأة الحياة : وقد حدث منذ ملايين السنين ان تكون ضمن

المركبات الكيميائية التي تركبت تحت تأثير حرارة الشمس الشديدة مركبات غروية متنوعة ظهرت منها انواع معقدة التركيب مضطرب فيها ترتيب النواة والكهارب بتأثير اشعة متناهية في القصر .

وكان بعض هذه المركبات الغروية موجب الشحنة الكهربائية . وبعضها سالها والآخر متعادل الشحنة وكان يدخل في تركيبها غير المستقر بعض او كل العناصر الآتية :

الهيدروجين - الاكسجين - الآزوت - الكلور - الكبريت
الكربون - الكالسيوم - الصوديوم - البوتاسيوم - المنيسيوم -
الفسفور - الحديد - الزرنيخ .

وباتحاد المواد الغروية الموجبة الشحنة او السالبة الشحنة بالمواد الغروية المتعادلة نشأت الحياة في صورة فيروس ولوليات بدائية .

فالكائن الحي ما هو الا مركب غروي معقد التركيب الكيميائي غير مستقر مشحونة ذراته بالكهرباء وما الحياة الا نتيجة لهذا التركيب ولتلك الشحنة ومظهر من مظاهرها .

٣ - نشأة الانسان : كان الماء يجمع بما لا يحصى من انواع الفيروس واللوليات فحدث ان اتصلت بعض اللوليات (وهي انواع من الطفيليات) ببعض انواع الفيروس (وهو نوع بدائي من المكروبات) فتطورت الاخيرة على مرور الزمن الى البكتريا بجميع انواعها تحت تأثير تلك الطفيليات متأثرة ايضاً بالوسط الذي تعيش فيه خصوصاً وقد ابتداء ماء البحر تغير تدريجياً بما كان يذوب فيه من العناصر الثقيلة كالزئبق والزرنيخ والبزموت والبود

نتيجة تساقط الامطار على الجبال ومرورها في الوديان جارقة معها المعادن المذكورة الى البحر .

ونظراً لاختلاف الشحنة الكهربائية لتلك اللوليات عن شحنة الفيروس والميكروبات والاحياء ذات الخلية الواحدة فقد أحدث تأثير دخول الاولى في الاخيرة ان عملية التناسل الذاتي لم تتم اذ إنه عوضاً عن ان يفصل الجزاءان المتقسمان فيكون كل منهما مخلوقاً حياً مستقلاً تحت تأثير تماثل الشحنة الكهربائية فإن اختلاف الشحنة لدخول اللوليات دعت الى ان جزئي الكائن الحي لم يفصلا بعد اقسامهما ثم اخذا في الاقسام مرة اخرى . وهكذا حتى تكون كائن ذو خلايا عديدة من كائن آخر ذي خلية واحدة .

وبتأثير اللوليات ايضاً تطورت تلك الكائنات الحية الى اخرى ارقى منها الى ان وصلت الى الانسان .

ونظراً الى تعدد انواع الفيروس والبكتريا والحيوانات ذات الخلية الواحدة فقد تعددت اجناس البشر التي تطورت منها تحت تأثير اللوليات .

وهذه النشأة تمل المناعة الطبيعية التي لبعض الشعوب والاجناس وبعض الاشخاص ضد بعض الامراض المعدية نظراً الى أنهم نشأوا وتطوروا من هذه الميكروبات .

ب القسم الاجتماعي

١ — نشأة الشعوب : يتضح مما تقدم انه ظهرت في وقت واحد او في

اوقات مختلفة اجناس عديدة من البشر في اجزاء مختلفة من الارض من اجناس

ادنى منها تحت تأثير اللوليات وهذا يملل اختلاف الاجناس الشديد وتعددتها وقد تكونت بسبب هذا الاختلاف النواحي والقرى والمراكز والمديريات فالمالك . اذ انضمت كل قفة من البشر نشأت في بقعة واحدة او من اصل واحد بعضها الى بعض نظراً لوحدة النشأة فوحدة الاخلاق لوحدة نوع اللوليات مكونة هذه الاقسام الصغيرة متبينة الى تكوين الوحدات الكبيرة اي الممالك تبعاً لاتخاذ الماديات والاخلاق ولتماثل الامزجة المتقارب النشأة ومعنى هذا ان لكل قرية وفاحية ولكل مديرية ومملكة لوليات خاصة بها هي التي اوجدت الاختلاف في اللون والسحنة والطول واللغة والماديات والاعتقادات تبعاً للجو وللمادن الارض وغيره ولتأثيره في تلك اللوليات التي أثرت بدورها في نشأة الانسان

وهذا يفسر اختلاف صفات وطباع الجماعات المتنوعة ويملل مثلاً ميل بعض الشعوب الى عبادة الذهب واكتناز المال نظراً لتطور افرادها من كائنات حية صغيرة نشأت في مناطق فيها ذهب وفضة فدخل في تركيب خليتها او هي قد عاشت في مناطق كانت ظروف المعيشة فيها صعبة كما في بقعة من الماء محدودة لم تلبث ان جفت فأثر الوسط القاحل في التركيب الجسماني لتلك المخلوقات فاخذها شبيها ونشأت منها تلك الشعوب ضامرة خالية من الشحم في كثير من اجزاء جسمها خصوصاً في العجز وفي الصدر وغيره فاقدة شحمي الاذنين كما هو مشاهد في تلك الشعوب والافراد الاقانيين الذين يبدون المال ولا يحفلون بالانفسهم وهكذا

٢ — نشأة الدنيا : بتأثير اللوليات في المجموعة العنصرية تحوّل الانسان

الاول الحيواني الى انسان عاقل اختلف لونه وتباين جماله وطوله واضحى ما كراً غير قنوع حجاباً للحرب والثورات مغرمات بالتألق ميالاً الى الترف عرف الزراعة واخترع الصناعة واستعمل القنوف الجميلة .

فاللولايات هي اصل المدنية الاولى وهي اساس كل مدينة اخرى وسبب كل فن وعلم واخترع . المباقرة والمخترعون والشمراء والفنانون والمؤلفون من عيلات لولية قوية . اوائل الطلبة وجميع الاطباء والمهندسين وكبار رجال القانون واساتذة الجامعات وكبار الموظفين واصحاب الشركات الكبرى والقادة والزعماء والملوك والامراء والاشخاص البارزون في الهيئة الاجتماعية جميعهم من عائلات لولية قوية .

ومن خواص اللولايات ان تأثيرها في الافراد والجماعات والممالك يضعف بمرور الزمن وبذلك تغف المدينة عند حدها او تتأخر وتنحط الشعوب وتضعف فتغلب دولة اخرى فيه قوة على تلك المملكة وتجلب معها لولايات اخرى مختلفة تنتشر في الامة المغلوبة بمرور الزمن فتثير فيها روحاً جديداً فتشط وتقاوم وتطرد الشعب الغالب وتبدأ مدينة جديدة وتدخل في عصر جديدهو كذا... فالحروب والثورات الداخلية والخارجية ما هي الا نتيجة من نتائج اللولايات والثورة الفرنسية اقرب واكبر دليل على ذلك. فان بحارة كولبوس لما جلبوا في القرن السابع عشر مكروب اللولايات من امريكا ونشروه في اوربا التي كانت لولاياتها قد خمدت دب فيها روح جديد ونظراً لسرعة انتشار اللولايات في فرنسا على الخصوص وتأثيرها في المجموعة العنصرية فقد كان هذا اكبر عامل على بدء تلك الثورة . وبهذا

الفرض وحده يمكننا تعليل الحركات والاعمال والتصرفات الجنونية الشاذة التي قام بها الثوار .

وكذلك الحال في جميع الحركات والثورات والحروب والنهضات المليية والاجتماعية في مختلف المصور وبين مختلف الامم مما يطول شرحه .

وهناك مسألة اخرى عكس هذا على خط مستقيم فقد لوحظ ان بعض الاولاد خصوصاً الاولاد النكر ينشأون اغنياء جداً مهما كان والدهم ذكياً . وفي الواقع انه ايضاً يلزم ان تقرر ان اواخر الطلبة واغلب الماطلين والمتشردين والاغنياء ومدمني المكيفات والمخدرات والمجرمين هم ايضاً من عائلات لولية قوية . ولا شك ان اختلاف تأثير تلك اللوليات راجع الى اختلاف نشأتها وتغاير انواعها .

٣ — نشأة الفضائل : اللوليات اصل كل فضيلة . ولو قسمنا الفضائل المدينة الى اقسام رئيسة لبلغ عددها ١٤ كمعدد مديريات القطر المصري وعدد الوية المراق وعدد الفضائل عند قدماء المصريين — وتعليل هذا ان لكل مديرية فضيلة بارزة فيها مميزة لها عن باقي المديريات نشأت فيها تحت تأثير لوليات تلك المديرية متأثرة ولا شك بالجو والوسط مؤثرة بدورها في الكائن الحي الذي تطور الى الانسان وتطورت معه الفضائل الى ان ظهرت كما نعرفها الآن .

وهذا يفسر ما نراه في بعض الشعوب من ردائل يعتبرها شعب آخر فضائل وبالعكس .

٤ — نشأة الرذائل : كذلك فان اللوليات اصل كل رذيلة وعدد الرذائل

الرئيسية ١٤ ايضاً ولكل مديرية من مديريات القطر رذيلة بارزة فيها مميزة لها عن باقي المديريات نشأت في سكان تلك المديرية تحت تأثير اللوليات لاختلاف الجو والمعيشة والنشأة - وكرر ان سبب هذا التناقض الظاهر هو اختلاف نوع اللوليات باختلاف الوسط .

ج - القسم الطبي

١ - نشأة الامراض : من المعلوم ان الحيوان ذا الخلية الواحدة مكون من غشاء خارجي يدعى «اكتودرم» وآخر داخلي يدعى «ميزودرم» ونواه تدعى «اندودرم» .

فلما دخلت طقيليات اللوليات في ذلك الحيوان البدائي عاشت اولاً في الغشاء الخارجي مسببة تغييرات مرضية متنوعة ظهرت في انسجة الجسم التي نشأت منه وذلك في الحيوان ومنها الانسان الذي تطور منها فظهرت .

أ - جميع الامراض الجلدية كالآفة كزعا والبق والبوص والصلع الخ .
ب - جميع الامراض العصبية كالصرع والنورستانيا والهستريا وجميع الامراض العقلية الخ . .

ج - جميع امراض الاسنان كاليوريه وتشوهات الاسنان .

ولما طال باللوليات المقام في الحيوان ذي الخلية الواحدة زحف الى النسيج الداخلي (الميزودوم) مكوناً الامراض الآتية :

أ - امراض جهاز الحركة كروماتيزم العضلات وامراض العظام المختلفة وامراض المفاصل المتنوعة الخ . .

ب - امراض الجهاز الوعائي كجميع انواع امراض القلب وتصلب الشرايين

وضغط الدم الخ . . .

ج - امراض الجهاز التناسلي والبولي المتنوعة كالمقم والاجهاض والولادة المبكرة وموت الرضع والاطفال وضخامة البروستاتا وامراض الكلى الخ . .
 د - امراض الغدد اللاقوية التي ادت الى ظهور المعلقة والاقزام (سواء في الحيوان او الانسان) ومشوهي الحلقة وعجائب المخلوقات والمتاهين في البدانة او النحافة ثم ظهور البلوغ المبكر والشيخوخة المبكرة الخ . .
 واخيراً لما وصلت اللوليات الى النولة احدثت الامراض الاندودرمية وهي:
 أ - جميع امراض الجهاز التنفسي كالتهاب اللوزتين والتزلات القصية والربو .

ب - جميع امراض الجهاز الهضمي كالتزلات المعدية والمعوية والقيء والامساك المستعصي والتزف المعوي وامراض الكبد والداها السكري الخ . .
 وبالجملة فان جميع الامراض غير المعدية ومنها المجهولة السبب والمستعصية العلاج سببها اللوليات .

وهذا يطل كما هو مشاهد بين الشعوب والاجناس والعيالات ان لكل شعب او جنس ولكل عيلة وقيلة امراضاً خاصة بها سببها نشو هذه الاجناس والعيالات من كائنات حية صغيرة سبق ان اصيبت بطقليات اللوليات بدرجات متفاوتة سواء في الغشاء الخارجي او الداخلي او النواة مسببة امراضاً متنوعة في الانسجة التي تنشأ من هذه الاجزاء

٢ - الامراض المعدية: ان المناعة على بعض الامراض المعدية في بعض الاشخاص سببها نشأتهم من مكروباتها تحت تأثير اللوليات . اللوليات تضعف مقاومة

الجسم للطفيليات وللأمراض المعدية ولهذا فالإصابة بالأمراض المعدية دليل على سابقة الإصابة بالدرجة القوية من اللوليات .

وأمراض اللوليات تودث الى اجيال عديدة ولكن الزمن يضعف من قوتها . والابن البكر يرث اكبر كمية من المرض ولهذا فهو عرضة للإصابة بالأمراض المعدية اكثر من اخوته الاصغر من .

٣ - مرض اللوليات : يتضح من هذا انه لا يوجد الا مرض واحد هو مرض اللوليات مريض به كل كائن حي وليس ما نسميه امراضاً الا اعراض هذا المرض الواحد . والأمراض المعدية ما هي الا عدوى ثانوية لمرض اللوليات الذي يمكن تقسيمه بحسب درجة الإصابة به الى قوي ومتوسط وكامن - وقد كان هذا المرض معروفاً جيداً لدى قدماء المصريين حيث كانوا يدعونه مرض «الماعة» وما زال الحلاقون يشخصون سبب وفاة كل شخص في القرية بانه مرض الماده المحرفة من الكلمة المصرية القديمة ويلاحظ هنا ان حلاق القرية ما هو في الحقيقة الا حفيد الطبيب المصري القديم .

فرض الماده او «الماعة» ما هو الا مرض اللوليات او الزهري وبامعان النظر في الكتب القديمة والتقوسات الاثرية يتضح ان العالم عرف مرض الزهري واصيب به منذ فجر التاريخ وليس من ايام كولمبوس كما يدعون فان بحارة كولمبوس نقلوا نوعاً من انواع اللوليات العديدة مخالفاً للنوع الذي كان في اوربا في ذلك الوقت وهذا كان سبب انتشاره الوبائي .

وبملاحظة هذه الحقيقة فان كثيراً من الاشياء الغامضة سواء في التاريخ

القديم او الحديث او في الامراض وغيرها يسهل تحليلها اذا فرضنا انتشار مرض اللوليات من قديم الزمان .

اذكر هنا مسألة عقم كثير من ملوك المصريين القدماء وكثرة الأثر الحاكمة بينهم بينما لم تتغير الأسرة الحاكمة في اليابان منذ آلاف السنين لعدم مناسبة الجو والاحوال فيها لانتشار مرض اللوليات هذا كانتشاره بمصر .

كذلك فقد دلّ البحث على ان قدماء المصريين استعملوا بعض المعادن الثقيلة لعلاج مرض « المعاه » ذلك او مرض الزهري .

ثم انه مازالت الأدوية التي تستعمل في علاج الزهري كالسلفارسان واليود والبرموت تستعمل بكثرة في جميع الامراض الاخرى تقريباً بنجاح كبير وهذا، ولاشك، اكبر دليل على ان اصل هذه الامراض هو الزهري فقط وقد دلتني اختباري خلال ١٣ سنة في مناطق الحدود وفي مديرية المنوفية والنياوجرجا على ان الزهري ولاسيما الوراثي منه منتشر انتشاراً كبيراً بحيث لا يخلو شخص واحد خصوصاً في النواحي التابعة لصحة البتانون من آثار الزهري القوي والمتوسط وهذا هو السبب الاساسي في زيادة الوفيات خصوصاً وفيات الاطفال في تلك النواحي .

د — التشخيص : مما سبق شرحه يتضح ان كل شخص في العالم مريض بمرض اللوليات بالوراثة على الاقل ولو من اجيال عديدة . والاعتماد على تفاعل واسرمان في كشف مرض الزهري خطأ كبير يضع على المريض فرصة العلاج فالشفاء فان كثيراً من الحالات المؤكد انها زهرية تأتي نتيجة سلبية ثم ان تفاعل واسرمان في الواقع ليس تفاعلاً نوعياً .

وقد اكتشفت طريقة سريرية بسيطة جداً لكشف الزهري الوراثي على المحصول تتلخص في فحص الغدد اللغواوية الواقعة فوق اللقمة الانسية لطرف العضد الوحشي حيث شاهدت انها تختلف ضخامة وصغراً باختلاف درجة الاصابة بالزهري وتتفاوت كثيراً بين الاخوة بحسب ترتيب ولادتهم فتكون على اعظمها في الابن البكر ثم تصغر بالتدرج الى ان يصعب العثور عليها في اصغر الاخوة . ثم انها ايضاً تختلف شكلاً باختلاف الاجناس والشعوب فتظهر بصفة عقد مستديرة صغيرة في الشعوب السامية ينماهي كتلة غير منتظمة الشكل في الشعب المصري النقي الاصل .

٥ - العلاج : ان علاج الزهري الوراثي بالزئبق والزرنيخ والبزموت واليود ومركباتها ليس علاجاً مجدياً وان كان مفيداً في حالات كثيرة حتى في ما يسمونه امراضاً . والعلاج الحاسم هو العلاج الطبيعي برفع درجة حرارة الجسم بآية طريقة من الطرق ذلك لان اللوليات ضعيفة المقاومة لدرجة انها تموت اذا تعرضت لدرجة ٣٩ مدة ساعتين . وعلى هذا الاساس فان السبب في شفاء العدد الكبير من الامراض المتنوعة خصوصاً الامراض الروماتيزمية وامراض الجلد والامراض العصبية والعقلى وامراض النساء الخ . . بحرق البن والقلاح ضد التيفية والسقوسين راجع الى ان ارتفاع درجة الحرارة الذي ينشأ عن هذه الحقن يمت اللوليات .

ولكن هناك مشكلة هامة تجعل الشفاء احياناً غير مستديم فقد اتضح اخيراً وجود خلايا خاصة في نخاع العظام لا تتأثر مطلقاً بارتفاع درجة

الحرارة ويجوز ان تكون فيها اللوليات كاملة .

وعلى هذا فالطريقة المثلى لمعالجة جميع الامراض خصوصاً المزمنة منها والمستعصية على العلاج هي استعمال الاشعة القصيرة والمتناهية في القصر . وقد ثبت بالاختبار عظم فوائدها ونجاحها في حالات كثيرة خابت فيها جميع وسائل العلاج .

من هذا يتضح انه من الخطأ مقاومة الامراض المعدية وخصوصاً الملاريا اذ انها علاج طبيعي للزهري فهي عبارة عن دفاع ذاتي الغرض منه مقاومة المرض فالواجب اولاً تركيز الجهود ضد مرض الزهري قبل كل مرض معد آخر اذ انه هو العامل الاساسي في زيادة الوفيات بمصر خصوصاً بين الرضع والاطفال حيث يرضع . مقاومة الجسم يقضى عليه لانه اسباب .
و - الاحياء : ان جميع الاحصاءات التي قت بها او قام بها غيري تؤيد ما سبق شرحه فقد عالجت اكثر من ستمائة مريض بامراض متنوعة فشفوا جميعاً . منهم اربعائة تم شفاؤهم بحقنة واحدة مقدارها سنتيمتر مكعب من القاح ضد التيفية في العضلات . ومائة وخمسون بحقنتين واربعون بثلاث حقن وعشرة باربع حقن .

كذلك فان النتائج التي حصل عليها غيري من الاطباء باستعمال الحقن التي ترفع درجة الحرارة في امراض الجلد المختلفة والامراض المصية والعقلى والامراض الروماتزمية الخ . . . تؤيد هذا الرأي وان كانوا يملكونها تعليلاً آخر .

وفي الختام فان اعجب النتائج هي التي حصل عليها عدد كبير من الاطباء

بواسطة استعمال الاشعة القصيرة والمتناهية القصر في جميع الامراض مما
يقع تحت باب غرائب الشفاء ويقطع وحدة الامراض .
كذلك فقد دلّ الفحص الذي قُت به لكثير من المرضى بامراض معدية
على ان اكثر من نصفهم من الاولاد البكر لآبائهم . ودل ايضاً
فحص بعض السجون والمجرمين والمجانين على انهم من عيلات زهرية
قوية او متوسطة .

ز — الخاتمة : خلاصة ما تقدم ان الحياة وهي ظاهرة كيميائية كهربية
نشأت باتحاد مركب غروي ايجابي الشحنة بآخر سلبها مكونة اللوليات
البدائية التي بتأثيرها في الفيروس جعلته يتطور الى ميكروبات ارقى متخصصة
متنوعة لاختلاف البيئة والوسط وتأثيره في الاخيرة تطورت الى حيوانات
ذات خلايا عديدة ثم الى الانسان باجناسه المتنوعة التي ترجع الى اختلاف
انواع الميكروبات التي نشأ منها . ثم انتظمت الاجناس البشرية في وحدات
صغيرة او كبيرة تبعاً لاختلاف اللون والطباع واللغة لاختلاف الاصل والنشأة
وبتأثير اللوليات في المجموعة العنصرية سار الانسان في طريق التطور
والرقي العقلي بجميع مظاهره المختلفة حتى وصل الى ما هو عليه الآن وسوف
لا يقف عند حد في تطوره الذهني وارتقائه المدني . ولكن للوليات تأثيراً
آخر هو التأثير المرضي الذي اصاب الانسان منذ نشأته فظهر في صور
واشكال متنوعة يسمونها (امراضاً) وما هي في الحقيقة الا صور واعراض
مرض الزهري واحداث علاج ناجع لها هو الاشعة القصيرة والمتناهية في القصر .
فالانسان في الواقع ليس ابن والديه بل ابن بلايين الاجيال العديدة

والاطوار المختلفة والاجناس المتنوعة الماضية من يوم ان كان طاقة مشعة
فكهارب ونوى وذرات تسبح في الكون الانهائي الى ان تجمعت الذرات
على الارض في شكل مركبات كيميائية كهربية مكونة كائنات حية دنيا
تطورت الى اخرى ارقى منها ثم الى حيوان فالإنسان . لا زالت جميع هذه
الذكريات السحيقة المديدة مطبوعة في الخلايا مكونة طباعه واخلاقه
وامراضه مسيرة اياه في طريق والى جهة لا يحيد عنها ونهاية لا بد منها .

مختارات من كتاب «حديث الحكمة»

وهو اثر فلسفي تقيس للطبيب السرياني الشهير مار غريغوريوس

ابي الفرج المعروف بابن العبري

عني بنشرها وتحقيقها

الاستاذ

مراد فزاد صفي

توطئة للنشر

المفريان السرياني مار غريغوريوس ابو الفرج المعروف بابن العبري ، علم فذ
نير من اعلام الشرق المحدثين ، وثابغة عبقرية من نوابغ السريان المشهورين .
لمع في الجيل الثالث عشر للميلاد (١٢٢٦ - ١٢٨٦) (*) فاشتهر بالطب

(*) من اراد الوقوف على ترجمة ابن العبري مفصلة فليراجع المصادر الآتية : (١) — نبذة
عربية نشرها الاب لويس شيخو في بيروت سنة ١٨٩٨ (٢) المجلد الثالث من تاريخ ابن
العبري السرياني الكنسي طبعة البلوس ولامي في لوفان سنة ١٨٧٢ — ١٨٧٧ ص
٤٣١ — ٤٨٥ (٣) مقدمة التاريخ المذكور بقلم البلوس ولامي (٤) مقدمة بيجان في مطلع
تاريخ ابن العبري المدني السرياني التي نشره بالطبع في باريس سنة ١٨٩٠ (٥) المكتبة
الشرقية للسمعانتي الجزء ٢ ص ٢٤٤ (٦) دائرة المعارف للبستاني المجلد ١ ص ٥٩٤
(٧) قاموس الاعلام اشمس الدين سامي بك بالتركية المجلد ١ ص ٦٤٦ (٨) مختصر
تاريخ الآداب السريانية لوليمريت بالانكليزية (William Wright) طبعة كمبريدج
سنة ١٨٩٤ ص ٢٦٥ — ٢٦٦ (٩) الادب السرياني لروبنس دوفال بالفرنسية
(Rubens Duval) طبعة باريس سنة ١٩٠٧ ص ٤٠٨ (١٠) تاريخ الآداب السريانية —

والفلسفة والرياضيات والطبيعات والشعر والفقه الادب والتاريخ واللاهوت والفقه بعد ان استوعب في صدره معارف البشر جمعاء الشائنة في عصره ، فكان علامة زمانه ، وفريد اوانه ، منقطع النظير في الشرق والغرب . وقد خلف آثاراً اديبة جليلة في مختلف العلوم والفنون ، تجاوز عددها الثلاثين تدلّ دلالة واضحة على عمق نظره ، وقوة عبقرية ، وخصب قريحته . نشرت اسمه في سائر الآفاق ، وخلدت ذكره على ممر الاحقاب ، ودفعت كثيرين من اكابر العلماء المستشرقين ، الى درسها ونشرها ونقلها الى لغاتهم حرصاً على درر فوائدها وغرر فرائدها . ومصفاته قيمة جداً تكاد تؤلف موسوعة القرن الثالث عشر الذي عاش فيه . وضع اغلبها بالسريانية وله بالعربية التي كان يعد اميراً من امراء البيان فيها عدة مؤلفات ومقالات في مختلف الموضوعات منها : تاريخه مختصر الدول الذي نشر بالطبع لآخر مرة سنة ١٨٩٠ بالمطبعة اليسوعية في بيروت ومقالتان قديستان في النفس البشرية وكتاب المضحكات ومختصر الادوية المفردة للشافعي الذي نشره اخيراً بمصر الدكتور ماكس ماير هوف وكتاب حديث الحكمة الذي نحن بصدده .

ولد ابن العبري سنة ١٢٢٦ م بمدينة ملاطية قاعدة ارمينية الصغرى

— بالالمانية للدكتور اخلون بلو مشترك (Dr. Anton Baumstark) طبعة بون سنة ١٩٢٢ (١١) مقدمة تاريخه مختصر الدول المطبوع في بيروت سنة ١٨٩٠ (١٢) دائرة المعارف البريطانية المجلد ٣ ص ١١١ طبعة ١٩٢٩ (١٣) تاريخ الطب العربي بالفرنسية للعلامة لوسيان لوكليرك (Lucien Le Clerc) طبعة باريس ١٨٧٦ ج ٢ ص ١٤٧ الطب العربي بالانكليزية للعلامة ادوار براون (Edward Browne) طبعة كبريدج سنة

يومئذ ثم رحل مع ابيه الى انطاكية وهناك انقطع الى بعض الاديرة . وبعد ذلك شخص الى طرابلس لآعام دراسته مستفيداً من خزان كتبها وجاء دمشق طالباً فامرس الطب في مارستان نور الدين ، وفي سنة ١٢٤٦ صار اسقفاً على سريان (غوبا) ثم نقل الى حلب وفي سنة ١٢٦٤ رقي الى درجة مغريان وهي رتبة كنسية دون رتبة البطرك وتوفي بمدينة (مراغة) من اعمال اذربيجان سنة ١٢٨٦ م .

وشهرة ابن العبري تلمح في العالم اللاتيني على الاخص في مؤلفاته التاريخية . ونحن يهنا هنا من اخباره الناحية الطبية فقط ، فقد كان طبيباً بارعاً واسخ القدم في هذا القرن الجليل ، يمدد معاصروه من احذق اطباء عصره قرأ الطب على والده الشماس اهرود الذي كان هو الآخر من الاطباء المعروفين فهو اذن طبيب ابن طبيب . وبفضل براعته في هذا الفن تقرب من كثير من الملوك والامراء والاعيان لا سيما ملوك التار المنول ، وقال منهم كل حفاوة وتبجيل وكثيراً ما استخدم معارفه الطبية في سيل قضاء حاجات رعيته .

ومع شهرته في عالم الطب لم يترجم له القفطي في كتابه «تاريخ الحكماء» ولا ذكره ابن ابي اصيبعة في مؤلفه «طبقات الاطباء» مع انه عاصر الاثنين ويرجح انه اجتمع معهما مراراً يوم كان ينتقل في طلب العلم ما بين دمشق وحلب وطرابلس . وسبب ذلك واضح جلي وهو ان ابن العبري لم يكن يتجاوز الثانية والعشرين من عمره لما توفي جمال الدين القفطي سنة ١٢٢٨ م وكان دون العشرين لما وضع ابن ابي اصيبعة مؤلفه سنة ١٢٤٥ م . بدمشق

ولا شك في ان شهرته العلمية ومعارفه الطبية ذاعتا وانتشرتاً بمد هذين التاريخين اي بمد تخطيطه دور الشباب لم يكتب علاّمنا ابن العبري بمزاولة صناعة الطب الشريفة بل وضع فيها عدة مؤلفات وشروحات وترجمات وتلخيصات باللغتين السريانية والعربية لغائدة ابناء عصره ولمن يأتون بعدهم وفيما يلي بيان تلك المصنفات .

(١ - المؤلفات)

- ١ - كتاب بالمرية واسع الابواب كثير المنافع جمع فيه كل آراء الاطباء في المواد الطبية ذكر في جدول مؤلفاته ولم يبين له اسم خاص وهو مفقود لم يثر له على اثر .
- ٢ - كتاب آخر بالمرية اسمه « منافع اعضاء الجسد » وهذا ايضاً مفقود

(٢ - التعليق والشروحات)

- ٣ - شرح بالمرية كتاب « القبول » لابن قراط وكان كتاب هذا الحكيم يعد في سالف الاعصر كالمجد العلوم الطبية ومدخلها فعلق عليه كثير من الاطباء شروحاً مطولة وتفسير ابن العبري كما يقول الاب شيخو كان ادق نظراً واصوب مقالاً ممن تقدمه . وهو اليوم نادر الوجود ولله المؤلفات نفسه الذي اشار الى وجوده في مكتبة بغداد العمومية ، الاب شيخو في كتابه « المخطوطات العربية لكتبة النصرانية » ص ١٠ حيث سماه كتاب تقدمه المعرفة لابن قراط مع شرحه .
- ٤ - شرح بالنسريانية كتاب « مدخل الطب » او « المسائل الطبية »

الذي وضعه حنين بن اسحق الطبيب السرياني المتوفى سنة ٨٧٧ م . شرحاً مستوفياً وبلغ في شرحه الى باب الترياق وهو نحو ثلثيه فقصده الموت عن اتمامه وكتاب حنين هذا علق عليه كثير من اطباء العرب نظراً لشهرته

(٣ - القول والترجمات)

٥ - نقل الى السريانية كتاب ديوسقوريدس اليوناني في المفردات الطبية وفيه صور النباتات وتعريف خواصها ومنافعها وديوسقوريدس هذا حكيم فاضل حشائشي من اهل مدينة عين زربة قال جالينوس : - « تصفحت اربعة عشر مصحفاً في الادوية المفردة لاقوام شتى فما رأيت فيها اتم من كتاب ديوسقوريدس » (١)

٦ - ونقل قانون ابن سينا الى السريانية الا انه لم ينجزه وكتاب القانون هذا هو اشهر كتب الشيخ الرئيس في الطب فقد ترجم الى اللاتينية وطبع في القرن الخامس عشر والسادس عشر في اورنا عدة مرات ويبلغ عدد كلماته نحو مليون كلمة وظل النبع الذي يفترق منه الاطباء علومهم قروناً متوالية (٢)

(٤ - الاختصارات والتلخيصات)

٧ - لخص كتاب ديوسقوريدس المذكور في مجلد صغير الحجم جمع فيه اهم ما تضمنه

(١) عن ديوسقوريدس راجع مختصر الدول لابن المبري ص ١٠٤ ، وتاريخ الحكمة للقنطري ص ١٢٦ ، والفهرست لابن النديم ص ٤٠٧ ودائرة المعارف البريطانية المجلد ٧ ص ٤٠١ طبعة ١٩٣٩

(٢) مجلة المهد الطبي العربي الجزء ٤ السنة الماشرة ص ٢٣٢

٨ - اختصر كتاب «الادوية المفردة للعافقي» وهو مؤلف تقيس يقع في ثلاثة مجلدات وضعه ابو جعفر احمد بن محمد العافقي من اعيان الاندلس (١) استقصى فيه ما ذكره ديوسقوريدس وجالينوس وغيرهما. فجاء ابن العبري واخذ زبدته واختصره اختصاراً حسناً واصل كتاب العافقي مفقود لا يعرف له اثر انما نقل عنه ابن البيطار جانباً كبيراً من فوائده في كتابه المسمى «بالجامع لمفردات الادوية والاعذية» فكان من بواعث الاسف ضياع كتاب العافقي ولكن العلامة ابن العبري سدّ هذه الثلمة باختصاره لهذا الكتاب اختصاراً بالناً حداً عظيماً من الدقة. غير ان مختصر ابن العبري نفسه بقي مخفياً عدة اجيال حتى قيض له من عثر على نسخة منه في منزل الرحوم اقلاد يوس بك ليب الاثري القبطي بمصر، مكتوبة سنة ١٢٨٥ م ٦٨٤ هـ اي قبل وفاة ابن العبري بسنة بخط واضح جميل للغاية فأعلن عنها في المقتطف (جزء اذار ١٩٢١ المجلد ٥٨ ص ٢٣٠ - ٢٣٣) ومن ثم طبع بمصر بهمة الدكتور ما كس مايرهوف وقد جاء في اولها «كتاب العافقي اتخذه وحيد العصر، وعلامة الدهر، الاب القديس الورع، مظهر الحقائق، وكاشف الدقائق، غريغوريوس مفران الشرق كل الله سيادته، وأيد سعادته آمين»

*

* *

اما كتاب «حديث الحكمة» الذي نشر اليوم فصولاً متخبة منه على صفحات هذه المجلة الزاهرة لأول مرة بعد ان بقي مطوياً مدة سبعة اجيال فهو مؤلف فلسفي وضعه ابن العبري بالسريانية ثم نقله الى العربية على ايون

وجه واوز اسلوب كما فعل بعض كتبه التاريخية «لأناسٍ اولي ايدٍ واموا ان يبقوا على شيء من اسرار الحكمة بالقاظ واضحة الكيفية معتدلة الكمية» وهو مقسم الى اربعة ابواب يبحث الباب الاول منه في المنطق، والثاني في العلم الطبيعي المشتمل على تنامي الابداد وماهية الاجسام الساوية والمنصرية واصناف النفوس، والثالث في تحقيق وجود واجب الوجود والصفات الكمية المنسوبة اليه، والرابع والاخير في الترتيب والقضاء وبقاء الانفس والسعادة والشقاوة واللذة الروحانية والآيات والنبوءات والقيامة. وهذه العلوم كانت تسمى قديماً علوم الفلسفة والحكمة او العلوم الكونية. ولابن العبري في الفلسفة «عدا كتاب «حديث الحكمة» هذا، ثلاثة كتب مطولة بالسريانية وهي: - كتاب «حكمة الحكم» الذي اختصره في كتاب «تجارة التجارات» كما اختصر ابن سينا «الشفاء» في «النجاة» ومؤلف ثالث اسمه «كتاب الاحداق» وترجم الى السريانية «كتاب الاشارات والتنبيهات» لابن سينا وكتاب «زبدة الاسرار» لاثير الدين الابهرى احد فلاسفة العرب المعاصرين له. ونحن لا نريد في توطئتنا هذه احصاء جميع مؤلفاته بل نكتفي بذكر ما له علاقة بموضوعنا فقط.

وقد اتفقنا هذه العصول من المخطوطة المحفوظة في خزانه اسرتنا، وهي نسخة قديمة جميلة الخط كتبت سنة ١٥٠٨ م بدير مار يعقوب بمدينة سمعت من اعمال تركيا في حقلين متقابلين الاول بالسريانية والثاني بالعربية الكرشونية اعدناها للنشر بالطبع بعد ان قابلناها على عدة نسخ منبثة في اشهر خزائن الشرق والغرب وعلقنا عليها حواشي وتفسير وشروحات

هامة وستظهر قريباً أن شاء الله ثوباً كاملاً من التحقيق العلمي ، وغايتنا من نشر هذه المختارات الآن هي الاعلان عن اهمية الكتاب بيان خلاصة وجيزة من محتوياته المفيدة وقد خصصنا بها هذه المجلة الطبية نظراً لكون المؤلف رحمه الله كان من احذق اطباء زمانه كما تقدم القول فمن حقها وقد كرس صفحاتها للطب والاطباء ان تذيع قبل غيرها بعض منتوجات هذا الطبيب الذي مارس الطب في مارستان نور الدين بدمشق كما روى هو عن نفسه (١) وسنكون سعداء اذا اتاحت لنا الظروف في المستقبل نشر شيء من مؤلفاته الطبية التي لم تصل اليها يد الباحثين بعد على ما نعلم والله الموفق في كل الاحوال .

استهل ابن العربي كتابه « حديث الحكمة » بهذه المقدمة الثمينة :

تعاليت اللهم في ازلتيك ، وتقدست من كل ذي روح في اقنوميتك ، جلّت عظمتك من كل عظمة ، وحارت في قدرتك ذوو العقول والحكمة ، اهلنا اللهم لما منك يزلفنا ، واتخذنا مما عنك يبعدنا ، فانك انت الغرض والغاية ومنك يستمد التوفيق والهداية (٢)

وبعد فانّ اناساً اولي ايار ، راموا ان يقفوا على شيء من اسرار الحكمة ،

(١) راجع تاريخه مختصر الدول طبعة بيروت سنة ١٨٩٠ ص ٤٨٠

(٢) يوجد فروقات زهيدة بين الاصل السرياني وبين الترجمة العربية في هذه المقدمة التي

وضعا المؤلف بلغة فلسفية

بالفاظ واضحة الكيفية معتدلة الكمية ، فاسفقتهم بذلك حسب ما جادت به القريحة ، وساعدت عليه القوة ، ولم يَأْب ضعف حالتي أبحارهم ، ولا قلة بضاعتهم ، فحصلت هذه التجارة السنية . والعبارة الفلسفية في اربعة ابواب والله الموفق للصواب

وقال في احكام الالفاظ ودلالاتها باب ١ فصل ١ : -

كل اسم اما ان يدل على تمام مسماه كاسم الانسان على الحيوان الناطق ، او على جزء منه ، كاسم الانسان على الحيوان ، او على التابع اللازم الخارجى ، كدلالة الانسان على الكاتب بالقوة .

والأول اما ان يكون من حيث هو واحد ، يدل على معنى واحد ، كاسم سقراط مثلاً الدال عليه ، او يدل على معانٍ كثيرة .

وتلك المعاني ان كانت مشتركة بالطبع يقال لها : - (المتواطئة) كالانواع مثل الانسان والفرس - المشتركة بالطبيعة الحيوانية - اي يصدق عليها اسم الحيوان وحده

وان كانت مختلفة بالطبع يقال لها : - (المتفكر اسماءها) كالكوكب المشهور والمصور في الحائط والحيوان الناجم المشتركة في اسم الكلب فقط اولا يكون من حيث هو واحد ، يدل على معنى واحد مثل الضفر والحجر والصفاء الدالة على معنى واحد ويقال لها : - (المترادفة)

او يدل على معانٍ كثيرة كاسم كل واحد من العناصر الدال عليه ويقال لها : - (المتباينة) وكل واحد من هذه اما ان يدل جزؤه على جزء مسماه

ويسمى : -- (قولاً) او لا ويسمى : -- (مفرداً)

وقال في تعريف القضية واحكامها باب ١ فصل ٣ : --

والقول لما كان على خمسة اصناف : - السؤال، الدعاء، الامر، الطلب
الجزم، كان هذا الخامس - الجزم - هو المقصود في المنطق اذ به يتم
الصدق والكذب ويسمى : - (قضية) وحيث كل قضية لا بد فيها من
المحكوم عليه والمحكوم به . وهذان ان كانا مفردين تسمى القضية : -
(محلبة) مثل قولنا الانسان حيوان، وان كانا مركبين تسمى القضية : -
(شرطية) والمحكوم عليه في القضية الحلبية يسمى : - (موضوعاً) وفي
الشرطية يسمى : - (مقدماً) والمحكوم به في الحلبية يسمى (محمولاً) وفي
الشرطية يسمى : - (تابعاً)

وقال في تعريف القياس الاقتراضي باب ١ فصل ٧ . --

القياس هو القول المركب من اقوال اذا سلمت لزم عنها لذاتها قول
آخر وتسمى : (نتيج) وينقسم الى اقتراضي وهو الذي لا يكون اللازم
عنه ولا نقيضه مذكوراً فيه بالفعل والى استثنائي وهو الذي يذكر فيه
واحد منهما .

وقال في ابطال الجزء الذي لا يتجزأ باب ٢ فصل ١ : --

لقد توهم الذين قضوا ، ان هذه الاجسام كلها مؤلفة من اجزاء لا يتجزأ
لانه لو وجد جزء صغير لا ينقسم بالفعل لعنره لكنه يكاد ينقسم وهما .
تفرض جسماً مركباً من ثلاثة اجزاء ، فالجزء الاول منها اذ منع اللذين عن

الجائنين من الماسة اتقسم ذلك الجسم ، لان ما يلاقيه من احد الجائنين غير ما يلاقيه من الآخر . وان لم يمنع من التماس يلزم تداخل الاجسام بعضها في بعض ، وان كان التداخل غير محال لم يجب ان تريد الاجزاء الواردة على المؤلف في مقداره ، فكانت قشرة البيض الصغيرة تسع البكرة القلكية بأسرها .

وقال في الحلاء باب ٢ فصل ٥ : —

الحلاء محال ، أي وجود امتداد في خلاء غير ممكن . لانه لو كان موجوداً ، كان الحلاء بين الجسمين البعدين اطول من الحلاء بين القريين ، والطول والقصر هما اعراض ، فبالضرورة يقومان بجوهر ، وحيثذ يكون الحلاء جوهرأ ، وكيف يكون الجوهر عدماً محضاً ، فظهر انه ليس يمكن ان يكون داخل العالم ولا خارجه خلاء .

وقال في تعريف المكان باب ٢ فصل ٦ : —

السطح الباطن من الجسم ، الحاوي المماس للسطح الظاهر من الجسم المحوي ، يدعى في العرف مكاناً . وللمكان خواص يتميز بها عن الموضوع للاعراض منها : انه ليس غير ممكن انتقال الجسم منه الى آخر مع بقاءه في ذاته فالعالم اذن ليس في مكان ، لانه غير محوي في غيره لكنه مكان لما هو محوي فيه .

وقال في تعريف الحركة باب ٢ فصل ٧ : —

الحركة هي هيئة ما غير ثابتة . وتنقسم الى طبيعية ، والى قسرية ، وارادية ، كحركة الماء الى اسفل والى فوق وانتقال الحيوان من مكان الى آخر .

وقال في تعريف الزمان باب ٢ فصل ٨ : —

الكائنات يلحقها تقدم وتأخر ، وهي حدود مختلفة ، والحدود لا يمكن ان تقوم بامر غير موجود لكن بوجود وهو الزمان ويحد بانه مقدار حركة الفلك ويجزأ وينقسم الى السنين والشهور والايام والساعات
وقال في الازلية والابدية باب ٢ فصل ٨ : —

دوام الوجود في الزمان الماضي يقال له ازالة ، ودوام الزمان في المستقبل ابدية .

وقال في تعريف الهوى (١) والصورة باب ٢ فصل ١٨ : —

اذا قلنا : — النطفة صارت انساناً لا نفي ان النطفة مكثت بمجالها او بطلت بكيئتها لكننا نقول : — انها خلعت طبيعة النطفة ولبست صورة الانسانية وكذلك اذا قلنا الهواء صار ماء ونحوه . فالقابل لهذه الطبايع يقال له (الهوى) والطبيعة التي تبطل ويبتعد غيرها تسمى : (نوعاً) و (صورة)
وقال في الاستقصاءات وما يتكون عنها باب ٢ فصل ١٩ :

الاستقصاءات وما يتكون عنها لها هوى واحدة ولهذا يمكنها ان تقبل اشكالها باسرها وهوى السماويات ليست كذلك ولهذا لا تتشكل بشيء من اشكالها البتة .

وقال في المواليذ الاربعة باب ٢ فصل ٢٠ : —

ومن اختلاط هذه العناصر اي امتزاجها تتولد المواليذ الاربعة التي هي :-

(١) الهوى كلمة مأخوذة من اليونانية ومعناها مادة الشيء وجوهره . وفي الترفعات للجرجاني : — الهوى لفظ يوناني بمعنى الاصل والمادة وفي الاصطلاح هي جوهر في الجسم ، قابل لما يعرض لذلك الجسم من الاتصال والانقصال ، محمل للصورتين الجسمية والتنوعية « الناشر »

المعادن والنبات والحيوان والانسان وكلما كان المزاج اقرب الى الاعتدال المطلق الذي هو التساوي في البعد من الاطراف كان ذلك المركب مستحق القبول نوعاً لنقل اشرف اي صورة اكل .

وقال في تعريف قوى النفس باب ٢ فصل ٢٣ : -

القوة المولدة (١) هي التي تنزل من الجسم جزءاً يصلح ان يكون مبداء لكون شخص آخر من ذلك النوع بحيث ينحفظ نوع ما لا يدوم شخصه. والغاذية (٢) هي التي تغير الغذاء الى مشابة المقتضى ليخلف عوض ما تحلل منه ويسد مسده ويخدم هذه القوة اربع قوى وهي : ١ - الجاذبة الغذاء ٢ - والماسكة المجذوب ٣ - والمهاضمة له اضي المغيرة ٤ - والدافعة الفضلية . والنامية (٣) هي القوة التي تزيد في اقطار الجسم الثلاثة والتناسب الطبيعي وبهذه القوى يفضل النبات بكماله على البسائط وعلى الناقصة التركيب .

وقال في وظائف الحواس الباطنة باب ٢ فصل ٢٤ : -

الحس كالبصر مثلاً لا يمكنه ان يدرك محسوسه الا مع مناسبة ماوضعية ولهذا يزوغ عن ذلك الادراك . واما الخيال فانه بمجرد المحسوس من هذه المناسبة وكذلك اذا غاب المحسوس تبقى صورته فيه لكنه لا يقدر على تجريده من العوارض الاخر . كالابن والكيف والوضع مطلقاً . فاماً العقل فانه يجرده من جميع هذه حتى انه يجعل المحسوس كأنه مقبول وكذلك

(١) القوة المولدة (L' âme générative)

(٢) القوة الغاذية (L' âme nutritive)

(٣) القوة النامية (L' âme augmentative)

يدرك حقيقة المعاني أي جوهريتها المجردة من العوارض القريبة عنها إدراكاً عقلياً وهذا العقل ليس قوة جسمانية كما يدل عليه البرهان .

وقال في الصورة الجوهرية التي يدركها العقل باب ٢ فصل ٢٥ : —

الصورة الجوهرية التي يدركها العقل أن كانت في جسم يجب أن يكون لها وضع خاص ومقدار خاص . وهذه تمنع أن يشترك فيها جميع الأشخاص بالسوية لانه ليس للجميع وضع واحد . ولا مقدار واحد وإن اشتركت فيها الجميع بالسوية ليست حالة في جسم لكنها في غير جسم وهو جوهر النفس الناطقة التي ليست في مكان ولا في ذات أي جسم . واليه يشير الشاعر اليوناني اذ يقول ما معناه : — « لما احاط العقل حجابة عرفت نفسي ولما نقضت عني الكذب عاينت ذاتي فوق السهاء »

وقال في حواس الحيوان القاهرة والباطنة باب ٢ فصل ٢٧ : —

لحيوان حواس خمس ظاهرة وهي : — اللمس ، والذوق ، والشم ، والسمع . والبصر . وخمس أخرى باطنة وهي : ١ — الحس المشترك ويدعى فطاسيا (١) ٢ — الخيال ٣ — الوهم ٤ — التخيلة والفكرة (أن استعملها العقل) ٥ — الذاكرة .

والحس الباطن الذي هو في المشترك يدرك المحسوسات بأسرها مآً ويقوم بالتمييز بأن هذا الحلو هو ذلك الأصفر ، وهذا المرّ ليس ذلك اللبن وهذا ، اذا وصلت اليه صورة المحسوسات في اليوم او في اللحظة اعني من الفكر او من الاجسام المحسوسة تصير محسوسة .

والخيال هو خزانة هذا الحس الباطن لان قوة القبول غير قوة الحفظ فان الماء اذا قبل الصورة لا يحفظها. واما الوهم فهو الذي يحكم في الحيوانات على امور محسوسة بزمان غير محسوسة كادراك الشاة صورة البغض من صورة الذئب ولا يدرك غير معاني الاجسام فقط مع انكاره المدركات للعقل جميعها. واما القوة المتخيلة فهي التي تركب وتفصل التماثيل وبها تستبطن المهن والصناعات العملية.

والذاكرة هي المحافظة للاحكام الوهمية والصورية والتخيلية.

وقال في مراكز الحواس الباطنة باب ٢ فصل ٢٩ : —

تأمل حكمة العناية كيف ربت الحس المشترك والخيال في ناحية الحواس الظاهرة اعني البطن المقدم من الدماغ ، لان من شأنها ادراك ما ينادي منها وحفظه ، وربت الوهم والتخيلة والفكر في الرتبة الوسطى لانها احرز جدأ واشرف وانسب بهذه القوى لان مدركاتها وهي المعاني افضل كثيراً من مدركات تلك وهي الصور المادية ، والذاكرة وضمت في المؤخر لتقبل ما يؤدى اليها وتحفظه .

وقال في كيفية اعتناء الناس الى هذه المراكز باب ٢ فصل ٣٠ : —

وانما اهتمدى الناس الى معرفة المكان المختص بكل واحدة من هذه القوى من الآفات التي تعرض لكل واحدة منها اذا اصاب لاحد هذه الاماكن الم . واستبدلوا على اختلاف هذه الاماكن بسلامة بعض هذه القوى عند فساد الآخر

وقال في اقسام القوة المتحركة في الحيوان باب ٢ فصل ٣١ :

القوة المتحركة في الحيوان تنقسم الى قسمين : — احدها الباعثة اعني

التزوعية ، وتنقسم الى الشهوانية التي هي الشوق الى الملاثم ، والى النفسية وهي الشوق الى دفع الغريب المتنافي . وهذه القوة التزوعية تطيع القوى المدركة . والثانية ، الفاعلة ، الحركة وهي القوة المنبثقة من الدماغ بواسطة الاعصاب الى الفتلات فتتحرك الاعضاء اختياراً وطاعة للتزوعية (١)

وقال تافياً وجود النفس قبل البدن باب ٢ فصل ٣٣ : —

انه لا يتصور للنفس وجود قبل البدن لانها لو وجدت فاما ان توجد في ذاتها كثيرة او لا ، والاول باطل لان الكثرة اما ان تتميز بالفصول او بالموارض ، لا جاز ان تكون بالفصول الذاتية ، والا كانت النفوس الذاتية مختلفة بالماهيات اي بالذوات ولا بحسب المعارض ، لان المعارض انما تلحق المادة وهي غير مادية وان لم يكن فيها كثرة فيئتذ اما ان تكون في واحدة وتتملك بابدان كثيرة وتنقسم او تجزأ عليها . والاول غير حق والا لكان الأشخاص مشتركين في المعرفة لان مدرتهم جميعهم واحد والثاني ايضاً

(١) قال يحيى بن عدي الفيلسوف البصري المتوفى سنة ٩٧٤م في كتابه تهذيب الاخلاق طبعة القدس عام ١٩٣٠ ص ٢١ : — النفس النفسية ، والنفس الشهوانية ، والنفس الناطقة وجميع الاخلاق تصدر عن هذه القوى فيها ما يختص باحدها ومنها ما يشترك فيها قوتان ومنها ما يشترك فيها القوى الثلاث ومن هذه القوى ما يكون للانسان وغيره من الحيوان ومنها ما يختص به الانسان فقط . اما النفس الشهوانية فهي الانسان والساكن الحيوان وهي التي تكون بها جميع الذات والشهوات الجسدية كالأكل والشرب والمناخضة والنفس النفسية يشترك فيها الانسان وساكن الحيوان وهي التي يكون بها الغضب والحزن وحمية النسل ، والنفس الناطقة هي التي يميز الانسان من جميع الحيوان وهي التي بها يكون الفكر والذكر والتمييز والفهم .

باطل لان التقسام الى الاجزاء من خواص الاجسام ، ولا الاشياء غير الجسمية

وقال في تحقيق وجود واجب الوجود باب ٣ فصل ١١ : —

كل موجود اما واجب الوجود او ممكن الوجود ، والاول الضرورة ، لازمة لوجوده والثاني لا تلزمه ضرورة الوجود ولا ضرورة العدم لذاته انما يجب وجوده ، بوجود علته الفاعلية ويجب ان لا يوجد بعده .

وقال في الملل وانواعها باب ٣ فصل ٤ : —

الملل اربع فاعلية كالنجار ، ومادية كالخشب ، وصورية كشكل الكرسي ، وعامية كالجلوس عليه .

وقال في التقدم باب ٣ فصل ١٥ : —

التقدم على اقسام اما بالزمان او بالمكان او بالنسبة او بالذات . كتقدم حركة الاصبع على حركة الحاتم وذلك انه وان كانت حركتهما معاً بالسوية واقعة لا يقال تحرك الحاتم ثم تحرك الاصبع لكن تحركت الاصبع ثم تحرك الحاتم كذلك فهم معنى تقدم الباري تعالى على الخليفة .

وقال في اللذة والالم باب ٤ فصل ١٥ : — (١)

اللذة هي ادراك الكمال الملائم المدرك ان لم يكن مانع ولا مضاد ، والالم هو ادراك المتنافي المدرك اذا لم يكن مضاد ولا مانع ايضاً . وكما ان لكل حاسة كمالاً يليق بها اعني البصر للبصرات الحسنة البهية والسمع للمسموعات الرخيصة الشبيهة ، فاذن من المؤذيات العارضة لكل حاسة مما

(١) عرف ابن مكويه اللذة بقوله انها راحة من الالم وان كل لذة حسية اما هي خلاص من ألم او ذى

تكرها ويمكن عروضها لها وهكذا الجوهر العاقل منا اعني النفس الناطقة لها كمال خاص بها لا ترق بجوهرها اعني انتفاشها بالمقول المجردة وبالخلق الاول تقدر وتعالى

وقال في ابطال التناسخ باب ٤ فصل ١٣ : —

فأما ان تنتقل نفس من بدنٍ الى آخر فليس يمكن لانها ان انتقلت الى بدنٍ من جنس ما كانت فيه اما انسانٍ او حيوانٍ غيره او نباتٍ توجد نفسان لبدن واحد وذلك محال ، وان انتقلت الى جسمٍ غير ذي نفس كان الغير صالح لقبول النفس ، والصالح لقبولها ، وذلك اشد استحالة .

وقال في الجبل باب ٤ فصل ١٨ : —

الجبل اما بسيط ، وهو عدم العلم مطلقاً واما مركب ، وهو مع عدم العلم وجود علم مضاد له . فالجاهلون بالجبل المركب مرصدون للعذاب المدعو من الروح مؤبداً لا على سبيل الترهيب .

وقال في حاجة الانسان الى التعاون باب ٤ فصل ٢٨ : —

الانسان الواحد بانفراده يعجز بان يقوم بمصالحه جميعاً من غير مساعدة غيره . ولهذا دعت الضرورة الى الاخذ والمطاء والمعاملة بين الاشخاص . وهذه انما تتم بمقتضى الشرع ، والشرع لا يقبل الا ممن تجري على يديه آيات تدل على انه من عند ربه ما يسته ويشرعه . فوجب في اهتمام العناية انما في كل عصر تظهر من الجيلة اي من هذا النوع شخصاً تكون هذه صفته فينبعث رسولاً الى هذا العالم ويمد حافظي هذه النواميس الشرعية لحيوات الدارين وينذر المخالفين بالمذاب ههنا وهناك .

وقال في القيامة البدنية التي تنتظرها وهي خاتمة الكتاب باب ٤ فصل ٣٠ : -
 واما امر القيامة البدنية التي يحن اهل الاعان تنتظرها وتوقعها فقد
 اوضحناه في كتابنا السبعة اعني كتاب : « متأرة الاقداس » و « مختصر
 الاشرافات » ، ايضاحاً شافياً يبراهينه العقلية وشواهد العقلية . وههنا نذكر
 امر القيامة على رأي الفلاسفة بطريق الاختصار فقول : -

خلاص النفس من قيود البدن يدعى قيامة ، لان فيه السموات اعني
 (بطون الدماغ) تنفطر والكواكب (الحواس) تنتثر ، والشمس (القلب)
 تظلم ، والارض (الجسد) تضطرب ، والجمال (الاعضاء القوية) تسقط
 وتنهدم . والحيوانات (الغضب والشهوة) تنفسد ، ويقوم كل انسان باعماله
 اعني النفس الناطقة بما كسبته من كمالاتها في قواتها النظرية والعملية . واذا
 ما ذكرت ذلك المقام المزعج الخوف ، تنادي من القرار الى واهب الوجود
 وماتح الجود ، يشوع البركات ، وغاية المتحركات ، نور الانوار الحسنة السفار ،
 وترفع طرفها اي عقلا الاول وتقول : -

أهديني نورك (١) ، شوقي الى حسن لقائك ، احذني الى تعلقائك ،

(١) ختم المؤلف رحمه الله كتابه بهذا الدعاء الجميل السيك الحكم الوضع جراً على
 المادة التي كانت متفشية بين العلماء والفلاسفة الاقدمين وهي اختتام المؤلفات لاسيما الفلسفة
 منها تدعى تناشب المقام وقد رأينا على سبيل المثال ان ثبت هنا ملخص دعاء بليغ للامام
 الفيزائي ختم به كتابه المسمى ايها الولد فقال : « اللهم اننا نسألك من الثمة تمامها » ومن
 العبرة دواها ، ومن الرجة شهولها ، ومن العافية حصولها ، اللهم عب سجال عقوقك على ذنوبنا
 ومن علينا باصلاح عيوبنا ، واجعل تقوى زادنا ، وفي دينك اجتهادنا ، وعليك توكلنا واعتمدنا ،
 اللهم نبشأ على نهج الاستقامة ، واعند في الدين من موجبات الدامة يوم القيامة ، وخفف عنا
 ثقل الاوزار ، وارزقنا عيشة الارار ، واصرف عنا شغل الاشرار ، رحمتك يا ارحم الراحمين آمين .

واسكني في ظلالك ، درعني تقواك ، عاملني بقولك واشفاقك ، ونقي من
الادناس الظلمية ، وأزني بالصور غير الهيولية ، اسمعني نجات ممجديك ،
واخلطني بزمرة مقريك ، ارفع عن عني اغلال الخطية ، واطلقني من رباط الهيولي
المضيضة ، لاني لك معترف ايها الاب واجب الوجود ، ولا بئس المطول
الاول ، الصادر منك ، ولروحك القدوس الفعال ، مانح المنح وباسط الآمال
ولئك يجب على كل نسمة التسييح والتقديس بلا فتور ولا انقطاع الى ابد
الآبدن آمين . « كل كتاب حديث الحكمة »



الايام الطبية في بيروت

اقامت الكلية اليسوعية في بيروت مؤتمراً طبياً دعتة الايام الطبية فلي دعوتها ما ينيف على خمسمائة طبيب من سائر الاقطار العربية ، منهم من مثل حكومته كمصر وسورية والعراق وفلسطين ومنهم من مثل بعض الهيئات الطبية ومنهم من دفعه الى الاشتراك بها حب الاستطلاع والقائدة الناجاز عادة عن مثل هذه الاجتماعات .

افتتحت (الايام الطبية) بكلمة جامعة من الاستاذ كالت مرحباً بوفود الاطباء وذا كراً نبذة تاريخية عن الطب القديم والحديث وتلاه فضامة المفوض السامي بكلمة قصيرة افتتح بها المؤتمر باسم الحكومة ، وتبعه فضامة رئيس الجمهورية اللبنانية الذي كان لكلمته الترحيبية وقع كبير جداً في نفوس الضيوف .

وبعد انتهاء حفلة الافتتاح اخذ الرسم القوتوغرافي التذكاري واثقل الجميع الى دار الامومة الحديثة التي كانت (الايام الطبية) ذكرى افتتاحها وقد كانت زيارتنا لها سارة جداً لما شاهدناه فيها من ترتيب وذوق في البناء ولما توفر فيها من الوسائل التي تحتاج اليها الوالدة والرضيع . وبعد ان ذكر احد الخطباء شيئاً عن هذه المؤسسة وواضعي فكرتها وشكر من ساهموا في تحقيقها سار الجميع الى احدى قاعاتها لتناول الحلوى والمرطبات .

وفي الساعة الثالثة بعد الظهر ابتدأت البحوث الطبية والمناقشات حولها، نذكر منها الحمى التيفية والداء السكري وادواء القطر ومعالجة السيلان البني ومواضيع أخرى متفرقة .

وفي الساعة السادسة توافد المؤتمرين الى قصر الصنوبر لتناول المقبلات والمرطبات بدعوة من فضامة المفوض السامي وعقيلته اللذين استقبلا ضيوفهما بلطفهما المعتاد . وبقي الجمع بين طعام وشراب حتى تمام الساعة السابعة والنصف اذ عزفت المارسيلاز وانصرف المدعوون مودعين كما استقبلوا .

وكان صباح اليوم الثاني موعداً لزيارة مخبر الكلية اليسوعية والكلية الاميركية ومستشفيات بيروت ومصحات لبنان ، فذهب كل من الاطباء الى القسم الذي تهمة معرفته حيث كانوا موضع حفاوة رؤسائه الدوائر الذين كانوا بانتظارهم منذ الساعة التاسعة .

وسنأتي على ذكر هذه الزيارات مع بعض التفصيل كل على حدة اذا ساعدنا الوقت ان شاء الله .

وفي الساعة الثالثة تناول الاطباء البحث في مواضيع شتى نذكر منها: معالجة الحرجات الكبدية الزحارية والفحص الوظيفي التقارني لاسكلي في استسقاء الكلى الحصى ومعالجة ذات المظم والتي في اليقمان وهبوط المستقيم والمقم والوقاية من حمى النفاس ومعالجتها والتهاب الحشاء والتهاب الطرق الدمعية المتقيح المزمن والتراخوم ، ومواضيع أخرى عديدة . وفي الساعة السادسة كان الاعضاء بدعوة فضامة رئيس الجمهورية في حديقة الحكومة وكان يستقبلهم بعض اعضاء الوزارة بلطف فائق ، وبعد ان

اكتمل عقد المدعوين انجسوا نحو الموائد الانيقة التي حوت ما لذ وطاب من انواع المشروبات والمأكولات . وقد كانت هذه الحفلة من اغنى الحفلات التي اقيمت في بيروت .

اما اليوم الثالث فقد خصص للبحوث الحيوية .

وفي الساعة السادسة منه توافد الموثمرون الى المطعم الفرنسي بدعوة سمادة محافظ بيروت لتناول المقبلات وكانت الحفلة هذه من اذوق حفلات (الايام)

وقد تعددت المواضيع في اليوم الرابع واختلفت فنما الجراحي ومنها النسائي . وفي الساعة الحادية عشرة زار الاطباء المتحف الوطني وفي الساعة الثانية عشرة كانوا بدعوة رئاسة مصلحة الكرتينات

وفي الساعة الثالثة بعد الظهر عرضت بعض الافلام الطبية لشركة سياسيا وفي الساعة الثامنة والنصف كانت حفلة الختام في فندق سانت جورج . وقد نظمت في اليوم الخامس زهات متعددة للأرز وبعليك ودمشق اشترك فيها بعض الاطباء

هذه لمحة مقتضبة جداً عن الايام الطبية احيينا درجها في مجلة المهد الطبي العربي ذكرى لهذه (الايام) وشكراً لرجال الكلية اليسوعية . ومن ساعدهم بهذا العمل العلمي الاجتماعي الثمين على جهودهم الكبيرة ومساعدتهم المشيرة جمال الدين نصار

الوفد الطبي العراقي في دمشق

اتنبت الحكومة العراقية وفداً يمثلها في (الايام الطبية في بيروت) مؤلفاً من السادة الاطباء حنا خياط مدير الصحة العام وشوكة الزهاوي استاذ الباثولوجي في المعهد الطبي العراقي ورئيس الجمعية الطبية العراقية وعاكف الالوسي مفتش الصحة العام. وبعد ان صرفوا ايام المؤتمر في بيروت عادوا الى دمشق فزاروها مكرمين اينما حلوا. وقد اقيمت على شرفهم عدة حفلات اذكر منها حفلة المعهد الطبي التي حضرها معالي وزير المعارف واساتذة الجامعة السورية والمدرسون فيها. التي الاستاذ عبد الوهاب القنواقي كلمة باسم رئيس الجامعة مرحباً بالضيوف مشيداً بذكر المرحوم فيصل والرحوم وزيره ياسين الهاشمي الذي يعد المعهد الطب العربي اثرأ من اثارها وتمنى التكاتف والتآزر بين المهدين الطبيين المريين لاعلاء شأن الطب واللغة العربية. وقد خصَّ وزير المعارف بكلمة شكر وتقدير للجهود الكبيرة التي يصرفها في سبيل الجامعة السورية. وعلى اثره قام الاستاذ حنا خياط فشكر رجال المعهد على حفاوتهم البالغة مشيداً بما للمعهد الطب العربي من الابادي البيض على الطب والاطباء واللغة العربية الى ان قال وادلتي على ذلك:

خريجو المعهد من الاطباء الذين كانوا في العراق مثلاً للجد والعمل وموفقات الاساتذة التي تزداد يوماً عن يوم ومجلة المعهد التي اعدّها اثنان مجموعة. وتمنى للمعهد تقدماً وازدهاراً.

جمال الدين نصار

ريمون سابورو

(Raymond Sabouraud)

في اليوم الرابع من شهر شباط الماضي نمت انباء باريس الحكيم ريمون سابورو فكان لنيمة رنة حزن وأسى إذ فقد الطب بموته ركناً عظيماً من اركانه وعلماً من اعلامه التابئين الذين كرسوا حياتهم للداسة والتببع . ولد القعيد في مدينة نانت عام ١٨٦٤ وأنهى دروسه الطبية في جامعة باريس وسمي سنة ١٨٨٩ طبيباً داخلياً موقتاً ، في المستشفيات فوقع اختياره على مستشفى القديس لويس واشتغل في دائرة الاستاذ فيدال (Vidal) فيه : واختياره العمل في هذا المستشفى دون غيره من المستشفيات يدل على انه كان يرغب منذ اكمال دراسته في التخصص والاشتغال بالفروع التي يبنى بها هذا المستشفى وفي عام ١٨٩٠ سمى طبيباً داخلياً اصيلاً وصرف القسم الاكبر من السنة الاولى للطبابة الداخلية ليس في فرع الجراحة الذي كان مكلفاً بالمواظبة عليه بل في مؤسسة التشريح المرضي في ايفري (Ivry) حيث كان يستمع بشوق الى دروس الاستاذ غومبولت (Gombault) وفي مؤسسة باستود حيث كان يتابع بحماس دروس رو (Roux) ودوكلو (Duclaux) وماتشنيكوف (Metchnikoff) وياستاعه لهذه الدروس القيمة جمع ذخيرة علمية وتجهز بما يحتاج اليه كل طبيب يود التببع في الآتي . ثم عاد سنة ١٨٩١ الى مستشفى القديس لويس واشتغل بمعية استاذ الكير بينيه (Besnier) الذي احبه واخلص له اخلاصاً جماً وباشارة هذا الاستاذ الفاضل بدأ سابورو سنة

١٨٩٢ بدراسة السعف (teignes) والقطور المسية لها فكانت له اليد الطولى في هذا الفرع من الطب وتمتع بعدئذ بشهرة عالمية بسبب كشفه المفيدة فيه وأهمها : كشف يثة الاستنابات المركبة من سكر الضب (glucose) ومن مواد اخرى ويعرف في المختبرات باسم غراء سابورو (géluse Sabouraud) ، وكشف انواع فطور الشعر (trycophytons) وفطور الشعر الصغيرة البذور (microsporums) ودراسة كل نوع من انواعها على حدة بواسطة يثات الاستنابات وبفضل هذه الدراسة توصل الى معرفة فطر « عقبول » القروة (kérion) وعقبول جلدة شعر الوجه : (folliculite agminée) وان هذه القطور تعيش في اوبار الخيل ومنها تنتقل الى الانسان . واطروحة سابورو التي تبحث في امراض الشعر وفطوره تعد من احسن الاطروحات تفسيقاً واقواها اسلوباً . ظل المرحوم بعد تقديم اطروحته في مستشفى القديس لويس كرئيس مختبر واشتغل بمعية الاستاذ الكبير « الفرد فورنيه » اكثر من سنتين تتبع في خلالها دراسة جراثيم السيلان الدهني (séborrhée) وسعى الى كشف جرثومة داء الثعلب (pelade) . وقد قدر المجلس البلدي في باريس تتبعاته هذه تقديرأ عظيماً وعينه مديراً لمختبر السعف الذي اسسته بلدية باريس في مستشفى القديس لويس والمفتحة بمدرسة الاستاذ لاليه (Laillier) التي احدثتها في المستشفى المذكور خصيصاً للاولاد المصابين بالسعف كي لا يعوقهم مرضهم عن الدراسة ، وفي هذا المختبر انقطع سابورو لدراسة السعف ومعالجتها بالاشعة الكهربائية المحبولة (Rayons X) بمعاونة الحكيمين : نواره (Noiré) وينيو (Pignot) اللذين

لاقي منها كل ممرضة وعطفت فوصل بمؤازرتها له الى جعل الاشعة الكهربية مفيدة في معالجة السعف لا يخشى من خطر ابادتها للاشعار بصورة ابدية ، وبفضل هذه الجهود التي بذلها سابورو ومعاونوه اصبحت معالجة السعف لا تحتاج الى اكثر من ثلاثة اشهر بعد ان كانت تحتاج الى مدة لا تقل عن البنتين ، ولا يخفى ما لهذه النتيجة من القيمة الاجتماعية ولا سيما اذ كانت السعف منبهة انتشاراً مخفياً في الاوساط المدرسية . ولم تكذب تنبؤات سابورو تتشكل بالنجاح حتى عكف على تأليف رسالة (traité) تبحث في فطور الشعر والامراض التي تحدثها وفي كيفية معالجتها بدون ان يؤازره احد في وضعها . وهكذا اقتطع الى البحث والتأليف ثلاثين سنة ونيماً نشر في خلالها تباعاً اجزاء رسالته فصدر منها عام ١٩٠٢ الجزء الذي يبحث في السيلان الدهني في الوجه وشعر الرأس واختلاطاته كالمدمة (acné) والحاصة (alopécie) وفي عام ١٩٠٤ صدر منها الجزء الثاني الذي يبحث في الامراض الجلدية المتفلسة (desquamants) كالخالية (pityriasis) والحاصات المتقشرة (alopécies pelliculaires) وفي عام ١٩١٣ اصدر الجزء الثالث الذي يبحث في الفطور وانواعها وكيفية احداثها لأمراض الجلد والشعر ثم اصدر الجزء الرابع سنة ١٩٢٨ وفيه درس نملة القروة (eczéma du cuir chevelu) وتقيحات الادمة (pyodermites) وقد خصص الجزء الخامس من رسالته الذي صدر عام ١٩٢٩ بدرس داء الثعلب والحاصات الدائرية (alopécies en aires) التي درسها درساً مستفيضاً قيمياً . وقد توج رحمه الله اجزاء هذه الرسالة القيمة بكتاب قيمين اصدره عام ١٩٣٢ دعاه (تشخيص امراض

الشعر ومعالجتها) وهو كتاب ثمين لا غنى لكل طبيب ممارس عنه . ولا يسم الانسان الا ان يقف حائراً امام الجهود العبارة التي بذلها الراحل العزيز لانجاز هذه الرسالة التي كانت جميع انجازاتها من ثمرة اشتغالاته وتبتماته الشخصية وهي احسن اثر تركه القعيد لتخليد ذكره من يصد موته وهي مكتوبة بأسلوب جميل سهلة الفهم لا يمل القارئ مطالعتها ولو صرف ساعات طويلة ومن اهم الاوصاف الطيبة التي كان يتحلى بها سابورو حبه للتعليم : فانه تأثر على القاء الدروس للاطباء الذين جاؤا للتخصص في مستشفى القديس لويس حتى الاسبوع الذي تقدم وفاته . والاطباء الذين حضروا دروسه قبل احواله على التقاعد في عام ١٩٢٩ يذكرهم باعجاب الدروس السريرية التي كان يلقيها في مدرسة لاليه (Laillier) المختصة بالاطفال المصابين بالسفك كما تقدم . وقد جمع هذه الدروس بمدتد في كراسٍ دعاها : (ملاحظات في امراض الجلد entretiens dermatologiques) يرى فيه المطالع اسماء العلاجات المفيدة التي اختبر المرحوم فوائدها وتأثيراتها في امراض الجلد كما آليور (Eau d'Alibour) والفسول . اليودي (alcool iodé) وسواهما . اما في مختبر بلدية باريس الذي كان يقوم عليه فكان يثلثه بازشارة الاطباء الذين جاؤا للتعلم او درس احد الابحاث العائدة الى القطور . ومنذ بدأ تبتماته في هذا المختبر كان يوصي طلابه بتكريس جهودهم لفرع واحد من فروع الطب لاتقانه جيداً لانه كان يعتقد ان الاشتغال بفروع كثيرة يضعف جهود الانسان العلمية ويححو انتاجها . وحب الدراسة والتعلم لم يمنعا سابورو عن ان يكون فناناً ايضاً فانه كان متأثر كثيراً بروعة التماثيل والنقوش الجميلة . حتى ان مشاهدته

للتماثيل التي تحمل افاريز الدور والقصور (Cariatides) ولاسيا بعض التماثيل في الاكروبول في اثينا جعلته يخصص شطراً كبيراً من اوقاته لنحت التماثيل والمذمرات (Bustes) فهو الذي صنع مذمر الاستاذ بروك (Brocq) في متحف مستشفى القديس لويس ومذمر الاستاذ جانسلم (Jeanselme) الموضوع الى جانبه وكلاهما علم من اعلام امراض الجلد في فرنسا. ومن كل ما تقدم يتبين ان الفقيه لم يكن طبيباً ومتبناً فحسب بل طبيباً وفناناً واديباً الا انه على الرغم من هذا كله لم يكن في حياته عضواً في المحفى الطبي ولا استاذاً في المهد الطبي حتى ولا طبيباً من اطباء الصحة في المستشفيات لانه كان يعتقد ان الوظيفة لا يمكنه من الانكباب على العمل كما يتطلبه الدرس والتبعية ولعله كان يعمل بنصيحة استاذ الفاضل رو (Roux) القائل حينما يكون الانسان احداً في هذه الحياة فهو ليس بحاجة الى ان يكون شيئاً: ولا ريب انه احسن صنماً ببقائه بعيداً عن الوظائف الرسمية منكباً على الدرس والعمل. ومن بواعث الألم والاسى ان شخصية سابورو الممتازة قد توارت الآن عن الانظار ابدىاً. ولكن اذا مات سابورو فان آثاره لا تزال خالدة وستبقى تراثاً للأجيال القادمة يسترشد بها من بعده. رحم الله سابورو وعزى آله وذويه وعوض على العلم عنه رجال عاملين يحذون حذوه وينهجون نهجه.

محمد محرم

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تموز سنة ١٩٣٨ م . الموافق لجمادى الاولى سنة ١٣٥٧ هـ .

الجمعية الطبية الجراحية

جلسة الثلاثاء ١٤ حزيران سنة ١٩٣٨

قرئت فيها التقارير التالية :

١ — الطاه ترابو وقنواتي ومريدين : تناذر ثنائي الجانب من نموذج دوشان -
ارب في عقب توسط جراحي على فاسور بطني رحمي المنشأ : مريضة بضمت
في وضعة تراندلنبورغ لتاسور تحت المرة فاصابها في عقب العملية عجز في
الطرفين العلويين . وقد كشفت معايتها المعصية بعد ١٥ يوماً ضموراً وشللاً
في جذموري الطرفين العلويين وعضلات المضدين وآفات اخف في الساعدين
مع تفاعل الاستحالة التام في العضلات التي تمصها الاعصاب : المنعكس
والتوسط والكمبري . وتفاعل استحالة ناقص في منطقة الزندي
والمضلي الجلاي .

فالأفة هي على ما رجح رضُ الضفبرتين المضدتين لان الاضطرابات

الحركية بدأت بعد التخدير مباشرة . اما آلية الرض فغامضة وصعبة التعليل

الناقشة : الطليان شابو ، ترايو

٢ — الطبيب عبد النبي المحلجي : احصاه الامراض الزهرية في مستشفى ابن زهر في السنة ١٩٣٧ : قد استنتج من معاينة المومسات العموميات والسريرات في دمشق وعددهن ٤٢٠ ان نسبة السيلان فيهن ٨٧,٥٦ ٪ . والعوارض الافرنجية ٦,٧٢ والقروح غير النوعية ٥,٧٢ فيكون معدل السيلان بالنسبة الى السنة ١٩٣٦ قد زاد ١٢,٥٦ ٪ . ومعدل الافرنجي قد نقص ١,١٠ ٪ . ومعدل القروح غير النوعية قد نقص ايضاً ١١,٤ ٪ .

٣ — الطبيب شابو : خراج دماغ في رجل مصاب بالتهاب الجيوب الحاد وبحمرة الوجه : لم يكشف الحراج في الدماغ الا صدقة بالرسم الشعاعي الذي بدا فيه مجمع مدور بحجم الجوزة مستقر في القوس الجبهي . وقد كشف فتح الجثة التهاب عظم منتشر في الفريالي الذي كان يفتت بالمجرقة تفتتاً وكانت في صديد هذا الحراج مكورات عقدية ولاهوائيات .

الناقشة : العلماء ترايو ، شابو ، مرشد خاطر .

٢٠ خ .

تناذر ثنائي الجانب من نموذج دوشان - أرب

في عقب توسط جراحي على فاسور بطني رحمي المنشأ

لعلاء : ترايو وشوك فتواتي وعزة مريدن

لنا الشرف ان تقدم لكم هذه المشاهدة القريبة عن فتاة بضمت لئاسور
بطني رحمي المنشأ فظهر بعد الترسل الجراحي عجز وظني في طرفها العلويين
تلاه خذل وضهور في المضدين ممثلاً تناذر دوشان أرب الثنائي الجانب .
المریضة آ . ر . عمرها ٢٦ سنة كانت أجريت لها في ٢٨ ايلول سنة (١٩٣٢)
عملية قيصرية اتت بولاد ميت . ثم عادت الى المستشفى مصابةً بناسور تحت
السرة على الخط الابيض يسيل منه دم في ايام الحيض ، دخلت المستشفى في
١٠ آذار سنة ١٩٣٨ وبعد عشرة ايام أجريت لها العملية الجراحية ، وبعد ما
استيقظت من خدرها لم تقو على تحريك طرفها العلويين وظلت الحالة
كذلك في الايام التالية وبعد مرور اسبوعين ينت معاينة المريضة المعصية
مايلي :

لم تستطع المريضة رفع طرفها العلويين عن سطح السرير بل كانت يستعاض
عليه بمد دفعهما ، وكاتا رخوين وجذمورا الكففين منجماً —

ومسترخيان ، الدلائل والمضلات ما فوق وما تحت الشوك ضامرة وكذلك الحال في عضلات مسكني المضد الامامي والحظفي . وعضلات الساعدين وان تكن حافظت على شكلها مسترخية . قوة عضلات الكتف والمضد والساعد معدومة ، حركات المنكب والمضد والساعد محدودة في الجهتين ، حركات اليد والاصابع والمعصم ناقصة ايضاً ، المنعكسات العظمية الوترية : المرفقية الابرية الكعبرية والابرية الزندية معدومة ، الحسيات سالمة . ابان الفحص الكهربائي تفاعل الاستحالة التام في العضلات التي يعصبها المنعكس والمتوسط والكعبري وتفاعل الاستحالة غير التام في العضلات التي يعصبها المضلي الجلدي والزندي ، ويظهر من هذا ان معظم الآفات واقع في عضلات جذري الطرفين ، فالحالة هي تناذر دوشان أرب مضاعف محيطي المنشأ . حمل على الضفيريّتين المضديتين حملة غير متساوية .

ويرجع ان يكون السبب رصاً حدث في سياق التوسط الجراحي لان المريضة شكت هذه الاضطرابات بعد التخدير العام فوراً فلو كان الامر تاجماً عن انجم بالتخدر لما ظهرت الاضطرابات العصبية مباشرة بعد التخدير . ان المريضة قصيرة القامة طولها متر و٣٥ سانتيمتراً وقد دامت العملية ساعة ونصف الساعة منها $\frac{3}{4}$ الساعة في وضعة تراندلبروغ ، فهل للزملاء ان يعللوا لنا آية ما حدث .

الناقشة

الطبيب شابو : كان من المفيد ان تجرى التفاعلات الكهربائية على العضلات واحدة واحدة ليعلم ما اذا كانت الآفة قد اصاب الجذوع الاولى او الثانوية من الضفيرة المضدية . فاذا كانت الضفيرة المضدية قد اصبحت في حذاء

خروجها من الاخمية (scalène) دلت على انضغاط وقع عليها ،
الطيم ترايو : ان توزع الضمور والشلل والتفاعلات الكهربائية تدل فقط
 على ان الآفات جذرية وواقعة على الجذور الاولى التي تتألف منها الضفيرة
 المضدية واما الجذران الاخيران الرقيان السادس والسابع فقد كانت اصابتهما
 اخف ولعل تمطط هذه الاعصاب بحسب الاتجاه الكتفي اليدوي ارجح
 تمليل لحدوث هذا العارضة .



احصاء الامراض الزهرية

في مستشفى ابن زهر السنة ١٩٣٧

للعلم عبد النبي المحلجي

قد وجدنا من المقيد ان تنقل للجمعية في كل عام احصاء الامراض الزهرية التي شوهدت في المومسات المماجات في مستشفى ابن زهر بدمشق واليك احصاء السنة ١٩٣٧

بلغ عدد المومسات التابعت للعناية الصحية المقيات في دور البغاء بدمشق (٢٤٧) موسماً منهن (٢٥) صاحبات دور

وأرسلت الشرطة الاخلاقية (١٧٣) نبياً للعناية لارتكابهن الفحش السري . وتبين من ممايتتهن ان (١١٣) زانية كن مصابات بالتهابات بنية (غونوكوكية) مثبتة مجهرياً . وعليه تكون النسبة المئوية (٦٥,٣) .

وعولجت في مستشفى ابن زهر (٥٢١) حادثة التهاب بني و (٢٠) حادثة افرنجية و (٣٤) حادثة من القروح والائتكاكات غير النوعية . فتكون النسبة المئوية (٨٧,٥٦) للسيلان و (٦,٧٢) للعوارض الافرنجية و (٥,٧٢) للقروح غير النوعية .

فاذا قابلنا هذه الارقام بأرقام السنة ١٩٣٦ نجد ان نسبة السيلان زادت (١٢,٥٦) في المائة ونسبة الافرنجي نقصت (١,١٠) في المائة ونسبة القروح

غير النوعية نقصت ايضاً (١١.٤) في المائة .

وُجدت المسكورات البنية مجهرياً في مفرزات الرحم فقط في (٤٦٦) حادثة وفي المفرزات الرحمية والاحليلية في (٥٦) حادثة وفي مفرزات الرحم وغدة بارتولان (Bartholin) في الحادثة الواحدة الباقية من حادّثات السيلان . ان حادّثات الافرنجى كانت عبارة عن بعض عوارض ثانوية ولم تشاهد اي اصابة بالقرحة الافرنجية الاولى .

ان حادّثات القروح والائشكالات غير النوعية كانت عبارة عن تقرحات وسحجات جلدية عولجت في المستشفى احياطاً .
لم نشاهد القرحة الالينة منذ السنة ١٩٣٥ كما اتنا لم نلاحظ داء نيقولا - فافر في المومسات .



خراج دماغي في عقب التهاب

الجيوب الحاد والحمرة

للطبيب شاذي جراح المستشفى العسكري في دمشق

ترجمها الطبيب يرقدار

الجندي س. دخل المستشفى العسكري بتاريخ ٦ ايار السنة ١٩٣٨ مع التشخيص التالي: «وذمة الوجه لسبب غير معين».

المعينة: وذمة كبيرة في الناحية فوق الججاج البيني ممتدة حتى منتصف الجبهة ومشتتة على جفني العين اليمنى العلوي والسفلي وعلى قسم من الناحية تحت الججاج، وفي الوحشي على الحفرة الصدغية وفي الانسي على جذر الانف والجفن العلوي الايسر.

وطبيعة هذه الوذمة النهائية فهي صلبة محتقنة تحددها في المحيط حوية مرتفعة بعض الارتفاع.

ويقع اشد الألم عند الجيب الجبهي الايمن ولا يتمكن المريض من فتح عينيه، وليس في مفرزاته المخاطية صديد غير ان غشاء الانف المخاطي في الجهة المقابلة للآفة محتقن.

ولم يبدُ فيح في مجرى الانف المتوسط بعد تخدير القرين بالكوكاين وفحصه. والجيوب سليمة كما يستدل من رسمها الشعاعي والاجهزة الاخرى كذلك

والمرضى غير مصاب بالزكام .

وليس في سوابق المريض الشخصية شيء يستحق الذكر وقد بدأت الآفة الحالية منذ بضعة ايام .

عولج المريض بالتبخرات (inhalations) بمختلر الاغشية المخاطية الموضعي بالكوكائين وبرذاذ ماء آليور وطلاء الناحية المتهبة بالفول اليودي وبثاني حبات من الستازين يومياً .

وفي ١٣ ايار سنة ١٩٣٨ لم يظهر اي أثر لتحسن ، فحرارة المريض ظلت مرتفعة ومتوجة ، والوذمة امتدت وانتشرت وفي محيطها حوية يابنة وفي الوسط بدا مجمع قيحي متموج تموجاً واضحاً استخرج منه بالبرزل صديد شو كولاتي نتن الرائحة كشف الفحص الجرثومي فيه المكورة العقدية المحللة للدم وجراثيم لاهوائية .

وقد كشف الرسم الشعاعي كثافة ظاهرة في جيب الفك العلوي وتكتفاً خفيفاً في الجيب الجبهي الايمن والعظم الغربالي وظلاً شفافاً بحجم جوزة كبيرة في ملء القص الجبهي الايمن وقد عوين المريض ممانية دقيقة فلم يبدُ فيه اقل عرض دال على التهاب السحايا والمريض لا يشكو ألماً ولمه شديد التفاؤل واجوبته بطيئة ولكنها واضحة

وبعد ان رأينا التهاب الموضعي آخذاً في الانتشار والعلامات الشعاعية دالة على التهاب الجيوب وخراجه الدماغ قررنا اجراء العملية .

وفي ١٤ ايار من السنة ١٩٣٨ بعد ان خدعنا المريض تخديراً عاماً بالكولورفورم وباطن اتمه بالكوكائين حددنا شريحة جلدية متجاوزة الحوية الالتهابية بقيراطين

مبتدئة بمنتصف الحجاب الايسر ومنتية فوق منتصف القوس العذارية اليمنى بستة سنتمترات فظهر العظم سليماً وكانت الآفة الالتهابية منحصرة في الادمة المتبجعة اتباعاً شديداً والمحدودة بحوية واضحة وهذا الاتباع كثيف محمر مدمى مفرق متقب ذموباً ينبعث منها صديد وغازات تنه الرائحة . ففتشنا هذه الناحية عدة فتحات بالميسم (المكواة النارية) وحددناها بخندق بالميسم نفسه .

ثم حجبنا الجيب الجبهي الايمن بحسب طريقة جالك وكان التهابه خفيفاً وخطنا الشريحة بشعر فلورنسة بعد ان وضعنا في الجيب ذبالة (mèche) صغيرة وذبالة اخرى كبيرة بين الشريحة والعظم اخرجناها من شق مقابل في حذاء حافة الحجاج . وضعدنا الناحية تضيداً رطباً واكلنا المعالجة السابقة مضيقين اليها ٢٠ سم ٣ من معل فأنسن حقنا بها اللعنة فتحسنت الاعراض الموضعية وهبطت الحرارة التي كانت تقاس كل ثلاث ساعات هبوطاً تدريجياً حتى بلغت الحد الطبيعي في ١٨ ايار الساعة الثالثة بعد الظهر .

وفي الساعة السادسة مساء من اليوم نفسه اخذت الحرارة تصعد فبلغت ٣٨,٥ وهبط النبض من ٩٦ الى ٨٠

وشعر المريض بحسن عام والحالة الموضعية كانت حسنة ولم تظهر اقل علامة دالة على التهاب السحايا وكانت اجوبته دائماً واضحة غير انها بطيئة فتركت المستشفى بعد ان اوصيت المريضين بمراقبته عن كثب .

فلم يمر اكثر من ربع ساعة حتى استدعيت على عجل وأخبرت ان المريض اصيب برواء ورأيت في وضع زفاد البندقية ، لا يجب على اسلتي

وفي فمه حبة السبنازين الاخيرة التي اعطياها وكان في مقرته بمض التصلب ولم تبدُ علامات سحائية اخرى فيه، وزرع الدم ثانية فكان سليماً .

واخذ النبض يبسط ويضعف على الرغم من مقويات القلب المألوفة .
وحقن القلب بالادرنالين، والمريض محتضر، فلم يدفع عنه الاجل المحتم الذي وافته في الساعة السادسة والخمسين دقيقة وقبل ان يصل مصل فالنسن (مائة سم ٣) الذي اردت ان احقن به وريده .

فتح الجثة : الوذمة زالت والشق المقابل الذي فتح للتفجير وردي حسن النظر. ترعت خيوط شعر فلورنسة فبدأ خط الحياطة في حالة الاندمال الا في القسم السفلي منه عند جذر الانف من الجهة اليسرى حيث تفككت الحياطة وقد استعادت الشريحة كثافتها الطبيعية وزال الانتباج تماماً من وجهها الباطن ولم يكن صديد ولا اثر لالتهاب الادمه .

وبعد نزع القحف انبثقت الغازات منه بشدة وصغير وكانت الام الجافية سليمة الا في جذء القوس الجبهي الايمن حيث كانت منخفضة ومخضرة اللون وبعد رفع الدماغ من الامام الى الوداء وجدناه ساجماً في لجة من القيح الاخضر المتراكم في قاعدة الجمجمة والقناة النخاعية وكانت صفائح من التهاب السحايا تستر الوجه السفلي للدماغ والخفيخ ممتدة على وجبي الدماغ الجائنين .
وبعد قطع الدماغ ظهر خراج بحجم الجوزة الكبيرة في القوس الجبهي الايمن وارتشاح في الربع الامامي السفلي لقصي الخفيخ . وكان مصل عكر في البطينات التي بدت جذوها سليمة .

ولم يبدُ تنقب في طبقة القحف الامامية ولم يظهر بالعين المجردة تبدل في

الجبين الكهفين ولا اقل ارتكاس التهاى. ولا اى علامة لالتهاب الاوردة
العينية البنى والبسرى .

وحجت الجيوب البهية والفكية والوتدية فدا فيها جميعها صديد غير ان
اغشيتها المخاطية كانت قليلة الاصابة وجدرها العظمية كانت سالمة .

وعلى المكسر قد كان العظم الغربالي ملتبساً التهاباً منتشرأ ولا سيما في
القسم الامامى الايمن الذي كانت الحفرة تجرفه كأنه معجون الى السواد
وكانت الاعضاء الاخرى سالمة الا بعض التصاقات في غشاء الجنب الايسر
والخلاصة ان هذا المريض اصيب بالتهاب جيوب حاد مصدره حمرة
الوجه وقد توفى فجأة بخراج الدماغ بعد مضي اربعة ايام من اجراء عملية كان
من المأمول ان تتكامل بالنجاح .

وقد هالتني شدة الاء وكنت اخشى حدوث الاختلاطات الدماغية التي
كنت افتش عنها في كل يوم ولم يكشفها لنا الا الرسم الشعاعى وكنت اعلم
حمة الجراثيم المرضية وما قد ينجم عن التوسط في هذه الحالة الحادة غير اتى
اضطرت الى اجراء العملية الجراحية وقد اتخذت جميع الاحتياطات لدرء
الاختلاطات الممكنة الحدوث غير ان شدة الاء قد تغلبت على كل معالجة .

فقد وصل المريض الينا مصاباً بحمرة الوجه الواضحة ولم يبدِ الرسم
الشعاعى في اليوم الاول ولا تنظير الانف في كل مدة الاء أثراً لالتهاب
الجيوب ومع ذلك فان معالجة التهاب الجيب الحاد قد استعملت منذ البدء .

ولم تلتق اقل علامة سريرية انظاراً الى الخراج الدماغى لان الثالث
المرضى المؤلف الدال على ازدياد الضغط المسبقطن للججمة لم يظهر فلم

يبدى الصداع بل ألم في الجبهة وحول الججاج تملؤه الحمرة والتهاب الجيب المحتل الحدوث في شخص مرتفعة حرارته ولم يظهر القيء ولم يبطىء النبض . حتى ان الاختطاف (obnubilation) العقلي لم يظهر لان المريض ولو كان يبطىء في الاجابة فان اجوبته كانت صائبة ولم يبد فيها اقل تشوش ولا ادنى اختلاط عقلي ولا هذيان . وكان طبعه لطيفاً وهادئاً ولم يصب بدوار ولا اختلاجات ولا ابطاء نفس ولا تارؤ ولا شلل الزوج السادس ولا توسع الحدة .

ولم تفش عن ركود الحمة لانه يظهر عادة متى كان التقيح خفياً فضلاً عن انه علامة متأخرة ولست اظنها موجودة في مريضنا .

وقد نصح كالت في اطروحته سنة ١٩٢٢ باستعمال مقياس الضغط المنسوب الى بايار لكشف ازدياد الضغط المستقطن للقف .

وقد لحص ايضاتون اعراض تقيح الدماغ بقوله ان المريض المصاب بجراحة الدماغ شبيه بالحيوان الشتوي فهو مصاب بهبوط الحرارة وابطاء النبض والوسن ونقص التبادلات التنفسية وهبوط الضغط الشرياني ، وضعف حس التنبه . وتظهر الحمى في دور التهاب الدماغ المنتشر وتهدأ حينما يجتمع القيح واما مريضنا فقد كان مصاباً بحمرة شوشت مشهد الاعراض جميعه . وان ما يلت الانتظار فيه هو نقص خفيف في الانتباه والذاكرة . واما الاعراض الاخرى جميعها فلم تظهر او كانت الحمرة والتهاب الجيوب يحجبها .

ولم ينزل القطن لانه ما من علامة سريرية كانت تدعوها الى اجرائه الا

حين احتضار المريض . وبعد ان ابدى لنا الرسم الكهربائي الحراج لم نعد محتاجين اليه لا الى التشخيص ولا الى المعالجة .

غير اننا اخذنا عزماً ثابتاً على بزل القطن في كل مريض مصاب بعفونة جيوب الوجه متى ظلت حرارته مرتفعة بعد المعالجة الطبية بضعة ايام ولو لم تبد فيه علامة دالة على ارتفاع الضغط المستبطن للتحف او على التهاب السحايا فالعملية التي اجريناها كانت احسن ما يعمل في احوال كهذه والدليل على ذلك اننا وجدنا بعد اجراء فتح الجثة جميع الاقسام التي عالجناها سليمة ولكن لا بد من التساؤل في أمر الحراج الدماغى وما اذا كان فتحه العاجل وافراغ الصديد منه بعد حج التحف مفضلاً على تركه وشأنه كما صنعنا ؟ ان ما اخرنا عن الحج هو حمة الجراثيم الفتاكة التي صادفناها في الطبقات السطحية وخوفنا من اتصالها بالسحايا بعد التوسط الجراحي والقضاء الحتم على المريض

واتي لم افكر في حج التحف لتخفيف الضغط الدماغى لان المريض لم يكن مصاباً باعراض تدل على زيادة هذا الضغط بل مصاباً بعفونة وقد كنا نتظر الفرصة المناسبة بعد تحسن حالة المريض لاجل :

- ١ - توسيع القناة الانفية الجيبية .
- ٢ - خزع العظم التريالي
- ٣ - تفجير الجيوب العكسية
- ٤ - واخيراً فتح الحراج الدماغى لو لم يفاجئ الموت مريضنا والخطر كل الخطر في احوال كهذه كأن في العظم التريالي الذي يقع على

ملتقى الطرق الموصلة الى اجواف الوجه والدماغ فهو انشبه شيء بمستودع بارد متى اشتعل اتصلت ناره بجميع هذه الأنحاء .

الناقشة

العلم ترايو : اتني آخذ عليك في مشاهدتك هذه العبارة « وكان يخيل ان المريض شديد التفاؤل » ألم يكن هذا التفاؤل في مريضك المصاب بغفوة شديدة عرضاً دالاً على آفة القفص الجبهي وهو ما يسمى بجون المؤلفين (moria des auteurs)

لقد ذكرت في مشاهدتك الاختلاط العقلي المصاب به مريضك وكان من المفيد ان تدرس هذا الاختلاط حق الدرس لان الاختلاط العقلي الذي يرافق تشريشات القفص الجبهي مؤلف بالخاصة من ضلال (désorientation) خاص وان خراجاً مجمه كالجوزة الكبيرة تبديه لنا هذه الرسوم الكهربائية لا بد من حدوث بعض التخرش الهرمي فيه . ولعل تحري علامة بارة (Barré) على الطرف السفلي المضاد للآفة كان قد نم على هذا الاختلال الهرمي واتني اغني ان في مائة المريض مائة عصبية نفسية كاملة القائده الكبيرة في حالات كهذه . وقد ذكرت حين كلامك عن معالجة الجوامع الصديدية في الدماغ الطرق الجراحية المتبعة وسهوت عن ذكر استئصال الخراج كتلة واحدة كما لو كان ورماً الامر الذي لا يوافق خراج مريضك الشديد الحدة بل الخراجات التي هجعت حداثها واستقرت في اماكن سهلة التال كالقفص الجبهي . ولا تعقب عقايل كبيرة هذا الاستئصال التام عادة .

العلم شاو: اذا كنت قد ذكرت التفاؤل في مريضى فلانتي انتبهت له
 وعددته علامة ذات قيمة في المشاهدة التي نقلتها اليكم واذا كنت لم اعين
 المريض معاينة عصرية مفصلة فلان آفته كانت جراحية قبل كل شيء
العلم مرشد خاطر: بما ان الخبر قد كشف في صديد الحرجة الجرائم
 اللاهوائية الى جانب المكورة.العقدية فقد كان يحسن بالزميل ان يكافحها
 ايضاً بالمصل المضاد للفتغريته . واستعمال السابترين بطريق الهم وحده في
 حالات خطرة كهذه لا يكفي على ما ارى بل اشراك الطريقتين الوريدي
 والقموي واجب لمكافحة الموارض الشديدة الناجمة عن الاشتراك الجرثومي.



معالجة نواسير الشرج بالحقن

بالمواد المصلبة

ترجمة الطالب السيد شفيق البابا

ذكر بنسود (Bensaude) في مجلة العالم الطبي (شهر آب من السنة ١٩٣٧) في صدد معالجة شقوق الشرج طريقة قال عنها انها « طريقة سهلة لا تحتاج الى تخدير عام او معالجة جراحية ، يجتنب بها عدم تحرك المريض وكثير من الاعراض التي قد تحدث ابان التوسط الجراحي ، فهي خفيفة بالانتشار اكثر مما هي عليه في الوقت الحاضر . » . وهذا ما دعاني الى لفت الانتظار الى طريقة طيبة في معالجة نواسير الشرج مستمدة من طرق استاذي بنسود في مباحث آفات الشرج وهي معالجة النواسير بحقنها بالمواد المصلبة . ولقد صممت على نشر هذه السطور لما قرأت بحثاً في عدد شهر تشرين الثاني من السنة ١٩٣٦ من مجلة البراهين الطبية لسكاتبه (اورى Oury) تحت عنوان : الجراحة الصغرى في آفات الشرج ختمه بما يأتي :

« ولقد لاحظنا أخيراً ان الجراحة الصغرى وجدت مكاناً مناسباً في معالجة نواسير الشرج ، وان البعض قد استطاع سد هذه النواسير بحقنها بمحاليل مختلفة ، ولكنها طريقة لم تقم اليه على فائدها تماماً مما يحمل على الريب في انتشار هذه الطرق الجراحية الصغرى التي أثبتنا على ذكرها . » .

وبما اني كنت من جملة بعض هؤلاء المؤلفين الذين عناهم (اوري) بقوله وقد مارست نحو خمس عشرة سنة هذه المعالجة بالحقن بالمواد المصلية ولاسيما في التواسير الشرجية ، فاني اعتقد ان هذه الطريقة قد ادلت بحججها فقد عادل نجاحها ٩٥٪ من الحادئات ، واصبح من العدل ان تفيض عن التوسط الجراحي .

ويعود المعهد باول ناسور شرجي سلي عالجته اني السنتين ١٩٢٣ - ١٩٢٤ فان احد الاطباء الداخليين اصيب بهذه الآفة ، فافقلته وانصرف الى درس جميع ما كتب عنها ، ثم طلب اليّ ان اجرب له معالجة عن احد المؤلفين الالمان فقبلت : فاخذت احقن مجرى الناسور بحسب تعليماتها مرة في كل ثلاثة او اربعة ايام على التناوب من محلول الحامض القيني الملون بالثو كسين ومحلول الحامض القيني الملون بزرقة النيل وهي محاليل كثيرة الاستعمال في مختبرات الجراثيم . وبعد عدة جلسات ليست بالكثيرة جفت التواسير وندبت في امد قصير .

ولم تكن هذه الطريقة مجبولة في فرنسا لاني وجدت في احدى صفحات عدد من اعداد صحيفة « المعالجة الفرنسية » يعود تاريخه الى عام (١٩٢٥) بتوقيع (ا. د. انتوان : Ed. Antoine) . بحثاً صغيراً عنوانه « معالجة التواسير الشرجية المستقيمة بحثها بمحاليل الحامض القيني والثو كسين وزرقة النيل ، واليك المحاليل :

المحلول الاول :

غم	٢	فوكين
»	١,٥٠ - ٢	حامض فيني ثلجي
سم ٣	١٠	غول درجة ٩٠
سم ٣	١٠٠	ماء مقطر

المحلول الثاني :

غم	٢	زرقه النيل
»	١,٥٠ - ٢	حامض فيني ثلجي
سم ٣	١٠	غول درجته ٩٠
سم ٣	١٠٠	ماء مقطر

وكان استعمالنا لهذه المحاليل ناجحاً ، غير ان المادة المثبتة في اصبتها التي لا تقتصر على تقيع جلد المريض حول الناسور فقط بل تلتطخ ايضاً يدي الطبيب وقمازيه والحاقن ، واغطية مضدة العمل ، وازالة هذه اللطخ عسيرة جداً ، قلت استعمال هذه العلاجات وادت الى اجتنابها وعدم الالتجاء اليها الا في الحالات الاستثنائية .

فاتجهت الانتكاز الى البحث عن ادوية اخرى اقل منها ازعاجاً ، ولكننا نقول ايضاً انه على الرغم من هذه المحاذير كنا نلجأ الى هذه المحاليل بين حين وآخر كما سنذكر في الآتي ، وكنت استعير في غالب الاحوال عن الزرق بالمحقنة بذك الناسور قطعة كبيرة من القزى عرضها زهاء سنتيمتر واحد بعد غمسها بهذه اللوونات حيث اتركها زهاء (٦-١٥) ساعة ، ولم يكن يبدو تفاعل موضعي . وان تخضب النسيج بهذه اللوونات وخاصة منها لمحلول الفوكسين يستمر عدة ايام ، حتى اننا كنا نرى تخضب النسيج بالمحاليل المصلبة البيض

التي سيأتي ذكرها بعد حقن الناسور بها بعد تلك المدة .
 وقد عثرت صدقة على محلول آخر يستعمل للغاية نفسها حين مراجعة
 نف نشرتها مجلة المطبوعات الطبية عن طبيب اجنبي استعمل محلول الكينين
 والاورتان ، وقد شرح الطبيب (رستrepo : Restrepo) في عدد حزيران
 من عام (١٩٣١) من المجلة الطبية التي تظهر في كولومبيا ، طريقة استعمال
 هذا المحلول ونتائجها في معالجة نواسير الشرج ، وهي تفضل المحاليل السابقة
 بكونها اسهل استعمالاً ولا لون لها . وقد انتقلت هذه الطريقة الى فرنسا
 وجربها فيها (رافينا - Ravina) و (بنزكن Benzaquen) ثم اشاعا استعمالها
 ونشرا بدورهما النتائج التي استحصلا عليها منها في مجلة المطبوعات الطبية في
 تاريخ (١٣ شباط سنة ١٩٣٢) تحت عنوان « معالجة النواسير بحقنها بالمواد
 المصلبة » . وقد استعمل هذان المؤلفان محلول الكينين والاورتان بحسب
 الصيغة التالية :

كلورمات الكينين الاساسية :	٠.٤٠ غرام
اورتان :	٠.٢٠ »
ماء مقطر :	٣ سم

توضع في حيازة واحدة

وبما ان الطبيب يحتاج عادة الى بضع حباب جهزت تسهيلاً للعمل المحلول
 التالي الذي اسميته المحلول القوي وهو :

كلورمات الكينين الاساسية	٢٠ غراماً
اورتان	١٠ غرامات
ماء مقطر	١٥٠ غراماً

ويجب سواء استعملت هذه المحاليل في قوارير او جباب تسخينها في ماء حار لانها ترسب في فصل البرد .

وتستخدم لهذا العمل محقنة من الزجاج تستوعب ١٠ سم^٣ وهي اما محقنة عادية او ذات جنبيحات او غلاف معدني ليتسنى حقن السوائل بها بشدة ، وتوضع لها ابر عادية ذات قطر مختلف بعد بردهايتها وجعلها كلية ، او مبزل صغير ، والاحسن ان تطبق عليها مسابر مخروطية الرأس قليلا وهي ما تعرف بمسابر (ديمار) .

يلقى المريض على المنضدة مستنداً اليها بركتيه وزنديه وصدره او بوضعة (سيمس : Sims) واضطجاع جنبي ايسر والركبتان مرفوعتان ، ثم تدخل الابرة او المسبر بحسب سعة القوهمة الظاهرة ، بكل تؤدة في مجرى الناسور وعميقاً ما امكن ، ويحقن بالسائل في البدء بشدة حتى يطرد القيح والمواد الصديدية الى الخارج ، وبعد هذا الفصل البديئي تضغط القوهمة الظاهرة بالاصابع حتى تمنع عودة السائل مدة لا تقل عن بضع دقائق .

هذا ما يقال في الناسور الاعور الظاهر ، اما في النواسير التامة فان هذه المحاليل اذا ادخلت الى المستقيم قد تحدث فيه حس احتراق او تبه حس التنغوط وقد يؤدي ذلك الى الغشي . فكنت في مثل هذه الاحوال وخاصة في الحمنة الاولى استعمل محلولاً دعوته بالخفيف يتألف من نصف مقادير المحلول السابق .

كلور ماءات الكيتين الاماسية	١٠٠ غرامات
اورغن	• •
ماء مقطر	١٥٠ غراماً

وعلى الرغم من هذه الاحتياطات شعر بعض المرضى بأعراض عدم تحمل الكينين ، وكان يكفي لتلافي ذلك اعطاء المريض قبل الحقن قطبة من السكر قطر عليها (١٥ - ٢٠) قطرة من محلول الادرثالين الالفي .

وهذه الحقن في مجرى التواسير لم تكن مؤلفة ابداً ، ولما لم يكن من المجهود كما ذكر المؤلفون في السابق حقن محلول الكينين والادرثالين في عدة نقاط حول التاسور ، لم يكن يستدعي الامر زرع الكوكائين قبل الحقن ، ولا يستعمل هذا الا في الاشخاص التحسين اذا ما نفذ السائل الى مجل المستقيم اذ يجوز ان يدخل الى الشرج في نهاية الجلسة شيء من المراهم والتحاميل المسكنة .

ويصادف غالباً في الايام التي تلي الحقن على الضد مما ذكر ، ازدياد في الافراز يستدل منه ان محلول الكينين والادرثالين يلعب دور جسم مذيبي ومظهر للانسجة المريضة في مجرى التاسور . فيعقبه التصلب ، ولهذا لم يكن استعمل هذا المحلول بسبب فعله المخرب والحال للمواد الا في التواسير القديمة والباردة التي لا تبدي نسجها تفاعلاً نهائياً شديداً سواء حول المجرى او في العمق . اما في الحالات الاخرى حيث يرى التفتحن والاحمرار والالام بالضغط فكنت ادخل في مجرى التاسور قطعة شاش مبللة بالمحاليل الملونة التي ذكرت في السابق وخاصة منها ما احتوت على الفوركسين .

اما تصوير مجرى التاسور بعد حقنه بالليبودول فلم تظهر له فائدة تذكر فان المحلول المصلب اذا ما حقن بضغط كاف نفذ لسيولته الى جميع المنرجات والجيوب والرتوج ومددها تمديداً كافياً ، ومع هذا فان

التصوير الشعاعي قد يكون ضرورياً في الحالات التي يشبه فيها ان مصدر الناسور التهاب عظم العجز او المصمص ، او اتصاله بكبس في الناحية .
وبما ان الندب يجب ان يتبدى من قعر الناسور كان من الواجب ابقاء القوهة الظاهرة مفتوحة تماماً في الجلسات التالية ويتوصل الى ذلك بتوسيعها او بكبتها بالميسم الكهربى . وينبغي عدا ذلك تخريب البرعم الخافر (sentinelle) الذي يسد غالباً القوهة الظاهرة وخاصة في النواسير السلية .
وتعاد هذه الجلسات في كل خمسة او سبعة ايام ويختلف امد ذلك بحسب الحالات وشدها . وقد يعجب الطيب احياناً لشفاء نواسير عديدة ذات اتفاق ثانوية وعدم شفاء نواسير اخرى وحده ، فقد شفيت بعض النواسير بثلاث او اربع جلسات ولم احصل على شفاء نواسير اخرى باقل من ستة اشهر على الرغم من المثابرة على المعالجة . ولكن الاعراض تحسن في جميع الاحوال ويشعر المريض بالتحسن منذ البدء .

ما هي طبيعة هذه النواسير ؟ من الواضح انها ليست جميعها نواسير سلية ، ولكن يجب ان نعتبر ان اكثرها سلية لا كما زعم (كوفمان Kaufmann) انه لم يجد في فحصه النسيجي لسبع وعشرين حادثة الا واحدة سلية فقط .
وانى اعد ، بصرف النظر عن اى فحص نسيجي ، ناسوراً سليماً ، كل ناسور يظهر في شخص مصاب بأفات سلية اخرى وثوية او غيرها ، والناسور الذي يشبه في بدئه وسيره وازمانه وتقيحه المظاهر السلية كما هي الحال في الناسور الذي يتلو التهاب الحصى والبريخ المزمن الذي عرفت طبيعته السلية ، والناسور

التالي لالتهاب عقدي بارد .

والسبب في كثير من هذه النواسير كما اعتقد يعود الى شروط تشريحية طبيعية او مرضية في مجل المستقيم ، تبعاً لوضعة مصاريع (هوستون Houston) التي تتوضع عادة واحد في الايمن واثنان في الايسر . ويكون بين الاخيرين جوف يطل الى الباطن ، وفيه تطول اقامة المواد المتراكمة في المستقيم فتنشأ نقطة قليلة المقاومة . فهذا الاحتمال يعال لنا سبب وقوع الناسور الوحيد في ايسر الشرج ، وهو ايضاً سبب التكرس المتكرر في الشخص الواحد بعد عدة سنين . وقد عالجنا في كثير من هؤلاء المرضى نكساً او نكسين ولم يكن من هذه النواسير ما هو سلي .

وتصادف احياناً نواسير في عقب ر كود التهابي في المستقيم ، او حيث يتوضع داء (نيقولا فافر : Nicolas-Favre) في المستقيم او تظهر التهابات المستقيم المختلفة الاسباب . ولايضاح نسبة هذه الاسباب التي ليست لها قيمة مطلقة في احداث النواسير الشرجية ، اذكر نتيجة احماءاتي الشخصية على عشرة نواسير عالجتها في الآونة الاخيرة فكانت كما يأتي :

اربعة نواسير باسباب تشريحية او التهابية .

ثلاثة نواسير سلية .

ناسور سبيه مرض نيقولا فافر .

ناسور نجم عن ولوج جسم غريب

ناسور ثلاث نواسير اشرجياً .

ويستحسن في بعض الاحوال ان يردف الحقن بهذه المحاليل المصلية بمعالجة اضافية كالحقن بالانثيومالين (Anthiomaline) مثلاً في نواسير الشرج التالية لركود مستقيمي سببه داء نيقولا فافر ، او اعطاء شراب (جيبار) في الحالات التي تتأكد فيها الاصابة الافرنجية . ويلجأ الى هذه المعالجة التالية خاصة في النواسير السلية ، فتهدئ حال المريض العامة ويحقن بالخلصة التالية لمولد الضد السلي لمهد باستور ، ويجري هذا الحقن بمقادير متزايدة يبدأ فيها من مولد الضد الممدد مرتين في الاسبوع . واني لم اجرّب لقاح (فودرمير : Vaudremer) ولا (كولوباسيلين غريميرغ-Collobacil) (line de Grimberg) ونعماً عما ذكره المؤلفون من نتائجها الحسنة .

ولقد استحصلت على نتائج حسنة بحقن الكيتين والاورتان في نواسير اخرى في غير الناحية الشرجية ، وخاصة في احدى الحالات عقب بضع مجمع قبحي لم اعلم ما اذا كان خراجاً او عقدة ملتبة ، كان بين حزمتي العضلة القصية الترقوية الحمية ، اذ ترك ناسوراً لم ينضب صديده . فكان من نتيجة الحقنة الاولى من الكيتين والاورتان ان طرحت منه كمية هائلة من النسيج المتوترة ثم تلا ذلك شفاء تام .

ويمكن ان تعالج بهذه الطريقة جميع النواسير التي ليس مصدرها بؤرة النهاية (كذات العظم مثلاً) وخاصة منها النواسير الولادية في العنق او النواسير اللامية والميلية المستقيمية التي تلي الولادة الشاقة .

اما في المسلولين الذين يحملون نواسير عديدة متشعبة تفتح على ابعاد

مختلفة من فوهة الشرج وهي ذات منرجات ورتوج واتفاق عديدة فلا يمكن الحكم بالشفاء التام لأن النكس كثير الوقوع غير أن هذه الطريقة كان منها حتى بعد الحقنة الأولى تحسن ملموس ، والشفاء الظاهر بعد عدة حقن قد يدوم سنين عديدة لا تمنع المريض عن مزاوله أعماله ولا تقعده عنها ساعة واحدة .

وفضلاً عن وجوب الاحتفاظ بانذار النواسير السلية، فإن جميع النواسير التي عاجلتها قد نذبت ، ولكن رغباً عن أني لم اصادف خية فإن هذا ممكن ومع ذلك فاني اجزم ان ما لا يشفى من النواسير بهذه الطريقة لا يمكن ان يشفى بالتوسط الجراحي اية كانت الطريقة المتبعة سواء في ذلك الطريقة الدوسية بشق طول الناسور على المسير المقنى حتى العمق ، او الارجح بحسب طريقة (كوفان) الحديثة . والنكس في الحال الاولى كثير والندبة منخفضة ومزعجة اذا لم تسبب عدم استئساك المصره . وتستلزم الحال الثانية جميع ما يقتضيه التوسط الجراحي من تخدير عام واقامة طويلة في المستشفى وضمانات مكررة وخطرها محيق بالمصره ايضاً .

وهكذا بدأ ظل الجراحة المدماة بالتقاص شيئاً فشيئاً في الآفات الشرجية المستقيمية الصغيرة ، كالبواسير والاورام القنسيطة والشقوق والنواسير وغيرها ، اذ دخلت منذ الآن نطاق الجراحة الصغرى وعادت الى حظيرة الطب العام .

م . برتومو

التراس الدموي المثلي

(Iso'hémo- agglutination)

الزمر الدموية ، استعمالها في الطب الشرعي

(Groupes sanguins , et leur application en
médecine légale)

ان دراسة المصول الطبيعية ، وهي فرع من مبحث الجراثيم ، مكنت الباحثين من كشف خصائص نوعية في دم كل حيوان لا تقتصر على تمييز جنس ذلك الحيوان عن جنس آخر فحسب ، بل تتمدها الى تعيين الفرد الواحد وتمييزه عن الآخر في الجنس نفسه ، ولا سيما في الانسان الذي هو موضوع هذا البحث .

كما ان هذه الدراسة قد وضعت تعليلاً صحيحاً لتلك الحوادث الضاعفة التي كانت تنجم فيما سبق عن نقل الدم سواء أكان من الحيوان الى الانسان او من الانسان الى الانسان الذي نصح به بعض الاطباء المتقدمين لانقاذ حياة التزيف المشرف على الموت . ولكن خطر هذه الطريقة بالموت الآتي كان يفوق سلامتها مما دعا الى اهمالها ثم الرجوع اليها مرات عديدة حتى كان بورده (Bordet) ، ولم يرض عليه نصف قرن ، الذي كشف النقاب عن سر هذه الظاهرة الجينية ، فقد اظهر ان المصل المائد الى حيوان ما يمرض اجمالاً السكريات الحمر المائدة الى حيوان آخر من جنس مغاير .

على ان تجريات «لانديستينر» (Landsteiner) وسعت حدود هذا البحث وفتحت له شعباً ومسالك جديدة، فقد ابان ان فعل المصل الراص لا ينحصر أثره في الكريات الحمر المائدة الى جنس مغاير فقط بل يتعداه الى الكريات الحمر المائدة الى شخص آخر من الجنس نفسه - بل من النوع نفسه - فسمي بالتراص المثلي (Iso-ag.) وبما ان موضوع هذا التراص هو الدم فيكون اسمه التراص الدموي المثلي (Iso-hémo-ag). كما ان اختلاف ظهور هذا التراص بين شخص وآخر ادى الى كشف الزمر الدموية المختلفة (groupes sanguins) كما سيأتي :

من المعلوم ان الدم يتألف من مصل تسبح فيه العناصر المصورة التي من جعلتها الكريات الحمر ذات الفعل الجبوي الهام، وهو تأمين نقل مولدات الحموضة المكتسب بفعل الاستدما من الرئة الى سائر أنحاء البدن. كما ان لها خاصة التطبيق وخاصة اخرى هامة وهي ارتصاصها بشكل كتيلات صغيرة بتأثير المصل الغيرية نوعية كانت هذه المصل ام غير نوعية والى هذه الخاصة يستند تصنيف الزمر الدموية .

اما المصل لفه خصائص حيوية متعددة يمكن اعتبار بعضها نوعية او شخصية تميز شخصية الفرد الواحد عن ابنائه جنسه ونوعه. فمن هذه الخصائص المرسبة او الترسب (Précipitation) والتندف (Floculation) وتثيت المتممة (fixation du Complément) والارتكاس الطهوي (réaction opsonique) وخاصة التراص (agglutination) وهذه الاخيرة اهم الجميع وهي الواسطة في معرفة الزمر الدموية وتشخيصها ويشترك كل من المصل

والكريات الحمر في آلية حدوثها .

الحـد : يطلق اسم التراص على العمل الذي تظهر به الكريات الحمر بشكل كتيلات صغيرة غير منتظمة اذا اضيف اليها شيء من المصل الطبيعي ، جنسها او لغير جنسها ، على ان يكون هذا المصل غيرياً لا ذاتياً ، ومعنى ذلك ان الكريات الحمر العائدة الى انسان ما لا يمكن ان ترعص مطلقاً بمصل ذلك الانسان نفسه والا لاستحال عليه الحياة لعدم موافقة المصل للكريات الحمر السابحة فيه كَمَا تؤدي عملها الحيوي . وعدم الموافقة هذه وحصول التراص بسببها هو السبب في حصول حوادث الموت الفجائي في اثناء نقل الدم .

آلية التراص Mécanisme : قلنا ان كلاً من المصل والكريات الحمر يشترك في آلية حصول التراص وذلك ان في المصل مادة تدعى الراصة (agglutinine) تفعل فعلها بالاشتراك مع مادة اخرى توجد في الكريات الحمر وتدعى مولدة الراصة (agglutinogène) ولكل من هاتين المادتين او هذين العاملين خصائصه ووصافه .

١ — الراسة (agglutinine) : توجد في المصل وفي غيره من سوائل البدن والمفرزات بصورة طبيعية فعدا وجودها في المصل الدموي توجد في النقي واللعاب والبلن والاباء والسائل الدماغي الشوكي وفي العرق والخطاط الانقي والمهلي وفي البول والقيح وسوائل التحات كالجنين وانصباب الجنب والنج . وهي سهلة التلف فلا تتحمل الحرارة العالية بل تتحرب بالدرجة ٦٥° - ٧٠° (سيرا كوزا Siracusa) وتفسد بالتفحم (Carbonisation)

كما أنها تفسد بالتعفن والتفسخ والقدم .

٢ - مولدة الراسة (agglutinogène): توجد في النسيج الشبكي للكريات الحمراء وهي على العكس من الراسة أكثر منها مقاومة للتفسخ (بالميري . Palmieri) واشد احتفاظاً بخصائصها مع الزمن وأكثر تحملاً للحرارة فهي تقاوم حتى الدرجة ١٠٠° (لات Lattea) .

أما في البدن الحي فكل من هذين العنصرين يحفظ بقوته ونشاطه ونوعيته احتفاظاً تاماً طيلة أيام الحياة فلا تؤثر فيه الأمراض والاعراض الطارئة ولا الاغذية المختلفة ولا يبدله تبدل البيئة واختلاف شرائط الحياة أبداً وعلى ذلك فالخاصة الراسة ثابتة لا تتغير ما دامت الحياة ويمكن أن تكون علامة شخصية واسمة للإنسان أو للفرد مدى حياته . وفوق ذلك فلها صفات الانتقال الأرتي من الآباء إلى الأبناء والطفلة خاضعة في ذلك للقوانين الوراثة التي ذكرها ماندل كما أثبت ذلك فون دوتنر (Von Dungen) وهيرزفيلد (Herzfeld) وغيرها

فالتراص يحدث بتأثير الراسة التي هي بمثابة الاضداد ومولدة الراسة التي هي بمثابة مكونات الضد (Anticorps et antigène) . على أنه يجب أن لا يربط عن الذهن أن مولدة الراسة لا تؤثر إلا مع الراسة الغيرية المنافرة لها والأصل التراص في كل كريات حمراء تحوي مولدة الراسة بتأثير كل مصل يحوي الراسة .

فالم والحالة هذه يلعب الدور الأول في تمييز الهوية الشخصية لكل فرد بالنظر للزمرة المائدة إليها .

الزمر الدموية وتصنيفها

(groupes sanguins et leur classification)

تمق لانديستينر في درس الحصة الراصة التي اظهرها بورده فأدت به بحرياته الى كشف ثلاث زمر دموية في الانسان بالنظر لحصول التراص او عدمه رمز اليها بالأرقام ١ ، ٢ ، ٣ . فصل الزمرة الاولى يرص كريات الزمرة الثانية ولكن مصل هذه الاخيرة لا يرص كريات الزمرة الاولى بل يرص كريات الزمرة الثالثة ، اما الزمرة الثالثة فترص كرياتها الحمر في كل من مصل الزمرتين الاولى والثانية . على ان العالمين دوكاستل (Ducastelle) وستورلي (Sturli) لاحظا ان مصل بعض الأشخاص لا يخوي الراصة ابداً وكل نتيجة للتراص بهذه الزمرة من المصول كانت سلبية . وقد اخذ كل من جانسكي (Jansky) في السنة ١٩٠٧ وموس (Moss) في السنة ١٩١٠ هذه الملاحظات بعين الاعتبار فقالا بوجود زمرة رابعة لا يرص مصلها الكريات الحمر لاية زمرة كانت .

وجل ما هنالك من اختلاف بين المؤلفين هو من حيث الصفة والترتيب العددي والاحصاء فهي بالنظر لجانسكي على النمط الآتي :

I , IV , III , II . اما بالنظر لموس فهي :

IV , I , III , II .

اما التصنيف المتبر حالياً والصفة المرجحة فهي التي وصفها كل من دوتيرن وهيزر فلدي في السنة ١٩١٠ البنية على المعلومات التالية :

ليس تفاعل التراص الا صورة حقيقة لتفاعل المتاعة ولكنها متاعة طبيعية

وليست اصطناعية . والتراص اما نوعي يحفظ به الجنس فيتميز عن الاجناس الاخرى كارتصاص الكريات الحمر للانسان بالمصول الحيوانية وهذا هو التراص الغيري (hétéro-agglut) او راص مثلي يحفظ به العرق وهو التراص المثلي (Iso aggl) وهو الاساس الذي بنى عليه هذان العالمان تصنيفهما للزمر الدموية .

فهما يفرضان وجود نوعين لمولدة الراصة في الكريات الحمر رمز لأحدهما بالحرف A وللآخر بالحرف B فبناء على ذلك تكون الكريات الحمر حاوية لعامل A أو لعامل B وقد تكون حاوية للعاملين معاً B و A على ان هنالك زمرة لا تحوي شيئاً من مولدة الراصة وهي كريات معتدلة لا ترتص بمصل من المصول ابداً وبذلك تؤلف زمرة مستقلة هي زمرة « صفر » 0 ، المعطي العام (donneur universel). وبذلك تكون الزمر اربعة (A , B , AB , O) . اما في المصل فتوجد الراصة الموافقة لمولدة الراصة الموجودة في الكريات الحمر (aggl. correspondante). ومعنى ذلك كما اوضحه « دونفرن » انها لا تفعل فعلها الا بمواجهة مولدة الراصة الاجنبية ، فالدم والحالة هذه لا يحوي الاجسام الضدية المضادة لمولدات الضد الكائنة في كريات الحمر .

وهما اي دونفرن وهيرزفلد يفرضان وجود نوعين للراصة هما (Alpha) الفا و (Béta) بيتا . فمصل البعض يحوي الراصة الفا ومصل البعض الآخر يحوي الراصة بيتا ومصل البعض يحوي النوعين معاً كما ان هنالك زمرة لا يحوي مصلاً راصة مطلقاً وهي زمرة « صفر » 0 أو الآخذ العام (receveur universel) وكما في مولدة الراصة فان الراصة الموجودة

في المصل تكون موافقة لها كما تقدم فاذا كانت مولدة الراصة من نوع A مثلاً كانت الراصة في المصل من نوع B وبالعكس اذا كانت مولدة الراصة من نوع (B) كانت الراصة من نوع (Alpha) فعلى ذلك يكون تركيب الدم الطبيعي كما يلي في الزمر الاربعة :

١ ٢ ٣ ٤
A.Beta , B.Alpha , AB.O , O . Alpha Béta .

اما ترتيب الزمر الاربعة بالنسبة الى المؤلفين فيكون كما يلي :

Dungern	Herzfeld	:	Jansky	:	Moss
A. Beta		:	II	:	II
B. Alpha		:	III	:	III
AB.O		:	IV	:	I
O.Alpha Beta		:	I	:	IV

نظرية الزمر القمية والزمر الضمنية

(Théorie des groupes et sous groupes)

تظهر كل زمرة من الزمر الاربع بمظهر يميزها عن الزمرة الاخرى وهناك زمر فرعية او ضمنية تميزها اوصاف خاصة ايضاً عن الزمر الاساسية وسنبعث في كل زمرة على انفراد .

١ : زمرة (O.Alpha Beta) المطلق العام (Donneur universel)

لا تحوي الكريات المحر في هذه الزمرة شيئاً من مولدة الراصة فهي لا ترص بتأثير اي مصل انساني من اية زمرة كان . اما المصل فيحوي نوعين من الراصة فهو يرص الكريات المحر نساء الزمر الا زمرة العائد اليها . فبئذ على الخاصة الاولى يمكن ان ينقل دم افراد هذه الزمرة لأي انسان كان .

وبناء على الخاصة الثانية لا يمكن ان ينقل اليهم الا دم افراد زميرتهم المائل

٢ - : زمرة (B Alpha) : هي التي تحوي كرياتها الحمر مولدة الراسة B ومصلها الراسة (Alpha) ولذلك فان كرياتها الحمر ترتص بالمصل الذي يحوي الراسة (Beta) فهي ترتص بزمرة (O Alpha Beta) وبزمرة (ABeta) اما مصلها فيرص الكريات الحمر التي تحوي مولدة الراسة A فهو يرص كلاً من الزمرة (AB.o , A.Beta) .

٣ - : زمرة (Beta) : تحوي كرياتها مولدة الراسة A ومصلها الراسة Beta فهي ترتص بتأثير المصل الذي يحوي الراسة (Alpha) فترتص بدم الزمرة B.Alpha والزمرة AB.O .

٤ - زمرة AB.O تحوي كرياتها الحمر كلاً من مولدة الراسة B,A فهي ترتص بمصل سائر الزمر الباقية A.Beta , B.Alpha , O. Alpha Beta اما مصلها فلا يحوي الراسة مطلقاً ولا يرص الكريات الحمر لاي نوع كان وعلى ذلك فلا يمكن نقل دمه لتغير زميرته وينقل دم سائر الزمر وهو الآخذ العام (receveur universel) .

اما الزمر الاخرى الاضافية او الضمنية فهي مندرجة في هذه الزمر الاساسية وهي في الحقيقة متفرعة عنها ، فقد يشاهد في بعض افراد الزمرة الواحدة بعض خصائص تختلف من حيث كيفية التراص . وقد عزي هذا الاختلاف في الخصائص الى وجود نوعين اضافيين لمولدة الراسة فقد تشاهد في زمرة A مثلاً عناصر A^1 , A^2 وذهب كل من المؤلفين : لات ، كافازوتي ، مينو ، الى وجود خصائص اخرى في بعض الكريات الحمر

تكثر او تنقص من قدرتها الماصة للفصل او بالاحرى تكون اكثر او اقل
تحسباً بتأثير الراسة . وقد اعتبروا هذا الاختلاف كياً في البدء اي يختلف
التراص باختلاف كمية العناصر الفعالة فيه . على ان التبعات الاخيرة ابانت لهم
ان هذه الخصائص الاضافية تختلف من حيث التراص اختلافاً كياً
تابعاً لطبيعة تلك العناصر الاضافية لا كياً تابعاً لكميتها وزاد على ذلك
لانديتير ان للزمرة الضمنية صفات الزمرة الاصلية A نفسها مضافة اليها
الصفات الاضافية A^2 ، A^3 . وبين فريدنريخ (Freidenreich) ان هذه
الانواع لمولدة الراسة تفعل فعلها بمواجهة نوعين من الراسة مضادين لمولدة
الراسة A^2 ، A^4 وهما $Alpha^1$ ، $Alpha^2$ الموجودان في المصل Alpha ايضاً .
وهكذا الامر في بقية الزمر .

وقد ذكر لانديتير ، ولافين سنة ١٩٢٦ - ١٩٢٧ وجود زمر اخرى
متميزة تماماً عن الزمر السابقة نظراً لوجود بعض الخصائص في الدم ايضاً .
وذكر ايضاً ان الدم الذي يحوي عناصر مولدة للراسة A او B كما انه يحوي
عناصر الراسة الموافقة لها يمكن ان يحوي في الوقت نفسه مولدات اخرى
للراسة (agglutinogène) هي بمثابة مكوبات الضد (antigène)
ولكنه لا يحوي شيئاً من الراسة التي توافق هذه الاضداد الاخيرة اي
انه لا يحوي الاضداد الطبيعية (anticorps naturels)

وقد استفيد من هذه المعلومات بان استخدمت تلك الخصائص المختلفة
مجتمعة باستعمال مصل الارنب المنع بمحقن صفاقه بكريات حمراء انسانية من زمر
مختلفة واعتبر نوعان لمولدة الراسة رمزاً لاجدها بحرف M وللآخر N لا بد

من وجودها في كل دم منفردة او مجتمعة وعلى هذا تتكون
 زمرة M وزمرة N وزمرة MN اما نسبة وجودها فهي في الاوربين
 كما يلي -

M	٣٠	%
N	٤٠	%
MN	٤٠	%

اما في غير الشعوب الاوربية فلم تدقق هذه النسب بعد غير ان
 لاندستير ولافين لاحظا وجود عناصر اخرى تختلف عن هذه العناصر
 تؤلف زمرة مستقلة رمز اليها بحرف P ويكثر وجودها في الزنوج وهناك
 كثير من المؤلفين فرق كثيراً من الزمر فيز شيف (Schiff) زمرة H₂g
 و فرق فوروهااتا (Furuhata) زمرة «Q» ولا تزال هذه الزمر تزداد عدداً
 كلما ازداد البحث وتقدمت الوسائط ودقت الملاحظات والمشاهدات .

نمو الزمر الدموية وبنائها

(Developpement des groupes sanguins)

يبدأ ظهور الزمر الدموية في الجنين منذ الشهر الرابع او الخامس من
 الحياة حيث تظهر مولدة الراسة في الكريات الحمر منذ هذا الزمن اما الراسة
 فيتأخر ظهورها في المصل الى اواخر ايام الحياة الجنينية حتى انها تكون ضعيفة
 في بدء الحياة خارج الرحم وتأخذ تتكامل تدريجياً اما زمن ظهورها تماماً فلم
 يتحقق بعد .

على ان الشيء الثابت هو ان هذه الخصائص متى تكاملت في الانسان

وتحققت زمرته التي هو منها ثبتت هذه الزمرة طيلة ايام الحياة بدون تغير او تبدل مهما اختلفت المؤثرات الطبيعية والطوارى المرضية ومهما تبدلت شرائط الحياة واشكالها . اما ما ذكره بعض المؤلفين الفرنسيين من حدوث بعض التغيرات في الزمر الدموية وظهور بعض التطور فيها فلا يستند الى براهين صحيحة تؤيده وسيه عدم التقيد بالشروط والاحتياطات اللازمة . كما ان هناك اخطاء كثيرة في نسب الاحصاءات ، ويمزو العالم مورو (Maureau) هذه الاخطاء الى الاسباب الآتية :

١ : العدد المحدود للأشخاص المفحوصين والمينة زمرهم بالنسبة الى الآخرين .

ب : عدم صفاء العرق بسبب اختلاط المروق والاجناس البشرية بعضها بالبعض الآخر .

ج : عدم التحقق من صحة الابوة وسلامتها بسبب الحيانة الزوجية في بعض الاحيان .

د : استعمال مصل خفيف او كريات هرة قليلة الارتصاص .

فتى اشبه بتبدل الزمر الدموية يجب ان ينظر الى هذه الامور بعين الاعتبار لاجتناب الخطأ .

« للبحث صلة »

الدكتور

انور دويدري

الطبيب الشرعي من جامعة باريس

والطبيب الشرعي بمحلب

كتاب منهاج الابدان

في ما يستعمله الانسان

للطبيب السرياني

يحيى بن عيسى بن جزلة التوفي سنة ١٠٨٠ م

للاستاذ

مراد نوار مكي

توطئة

لما اسس المنصور الخليفة العباسي مدينة بغداد سنة ١٤٨ هـ الموافقة لسنة ٧٦٥ م، أصيب بمرض في معدته لم يستطع اطباؤه معالجته، فاستقدم الطبيب السرياني، جورجيس بن بختيشوع، من مدرسة جنديسابور وعينه طبيباً ملكياً، ومنذ ذلك الحين توارث السريان وظيفة التطيب في قصور الخلفاء زماناً طويلاً، واصابوا فيها منزلة رفيعة، ومنذ ذلك الحين ايضاً اتصلت قصور الخلفاء بمدرسة جنديسابور، حتى ان الرشيد امر جبريل بن بختيشوع ان يؤسس في بغداد بيمارستاناً على عطاء بيمارستان جنديسابور وتقلد رئاسته اطباء جنديسابور السريان وتلامذتهم.

والقسم الاعظم من هؤلاء الاطباء السريان، عدا اتقطاعهم الى معالجة الخلفاء وتديرهم، قاموا بنشر الفلسفة اليونانية وخاصة الافلاطونية الحديثة، في العراق وما حوله، ونقلوا الى السريانية والعربية مع بقية نقلة السريان

وسواهم اشهر المؤلفات والمصنفات اليونانية في الطب والفلسفة والعلوم
بتمتعي الدقة والامانة فخدموا بذلك الآداب العربية والطب العربي
اعظم خدمة .

قال الاستاذ براون في كتابه الطب العربي : « يريد بالطب العربي
تلك المجموعة من المبادئ الطبية المدخرة والمكتوزة في مؤلفات وضعت
باللغة العربية ولكن الجانب الاعظم منها يونانية الاصل . وقد تم نقل معظمها
الى العربية رأساً أو بواسطة السريانية تحت رعاية نيّرة من الخلفاء العباسيين
في بغداد ما بين منتصف القرنين الثامن والتاسع للميلاد على ايدي علماء مهرة
مدققين اغلبهم لم يكونوا عرباً ولا مسلمين بل كانوا من السريان او اليهود
او الفرس . وهذه المجموعة كانت في خلال القرون المظلمة المثل الرئيس
الذي استقت منه اوربا جميع ما كان لديها من الافكار الفلسفية ، وعليها
انصب الطلاب الغربيون بحماس زائد لما انقطعت عنهم النايح اليونانية بعد
اربعة او خمسة قرون فاعادوا لها مركزها ولكن بثوب لاتيني جديد والطب
العربي يوناني الاصل مع بعض اضافات هندية وفارسية وسريانية وليس فيه
من نتاج الفكر العربي سوى الجزء الضئيل » (١)

ومن جملة الاطباء السريان الذين انقطعوا لخدمة الخلفاء بالمعالجة والتدبير
والتأليف ، يحيى بن عيسى بن جزلة الذي اشتهر في بغداد في القرن
الحادي عشر للميلاد . وخلاصة ما اتصل بنا من اخباره نقلاً عن القفطي وابن

العبري وابن أبي اصيمة (١) : - « انه كان رجلاً نصرانياً بغدادياً في أيام الخليفة العباسي المتقي بالله (١٠٧٤ - ١٠٩٤ م) وقد جعل باسمه كثيراً من الكتب التي صنفها وكان من المشهورين في علم الطب وعمله يكتب خطأ جيداً مستوياً ، له نظر في علم الادب ، وقد رأى ابن أبي اصيمة بخطه عدة كتب من تصانيفه وغيرها تدل على فضله وتعرب عن معرفته . قرأ ابن جزلة الطب على نصارى الكرخ الذين كانوا في زمانه ، و اراد قراءة المنطق فلم يكن في النصارى المذكورين في ذلك الوقت من يقوم بهذا الشأن ، وذكر له ابو علي بن الوليد شيخ المعتزلة في ذلك الوقت . ووصف بأنه عالم بعلم الكلام ومعرفة الالفاظ المنطقية ، فلابد له لقراءة المنطق فلم يزل ابن الوليد يحسن له الاسلام حتى استجاب واسلم ، فسر باسمه ابو عبدالله الدامغانى قاضي القضاة يومئذ ، وقرّبه وادناه ورفع محله باب استخداميه في كتابة السجلات بين يديه ، وكان مع اشتغاله بذلك يطب اهل محله وسائر معارفه بغير اجرة ولا جمالة ، بل احتساباً ومروعة ، ويحمل اليهم الادوية بغير عوض . ولما مرض مرض موته وقف كتبه لمشهد الامام ابي حنيفة توفي سنة ٤٧٣ هـ الموافقة لسنة ١٠٨٠ م واما سنة ولادته فقير معلومة وله من التصانيف : -

١ - كتاب « تقويم الابدان » وضعه مُجدّولاً للمتقي بالله امر الله نسخه مثبتة في اشهر المكاتب منها نسخة في المكتبة الملكية بمصر واخرى

(١) راجع مختصر الدول لابن العبري طبعة بيروت ص ٣٣٩ وتاريخ الحكماء لاقطبي طبعة ليبسك ص ٣٦٦ وطبقات الاطباء لابن ابي اصيمة الجزء الاول طبعة مصر ص ٢٥٥

بالمكتبة الشرقية للآباء اليسوعيين في بيروت .

٢ - كتاب « منهاج اليان » في ما يستعمله الانسان » وضعه ايضاً
للقندي بامر الله نسخه مروقة في المكاتب وسيأتي وصفه .

٣ - كتاب « الاشارة في تلخيص العبارة » وما يستعمل من القوانين
الطبية في تدبير الصحة وحفظ البدن لحصه من كتاب تقويم الابدان .

٤ - رسالة في مدح الطب وموافقته الشرع والرد على من طعن عليه

٥ - رسالة كتبت بها لما اسلم الى الميلاء القس وذلك في سنة ١٢١٦ هـ .

وكتابه منهاج اليان هذا مؤلف طبي قديس جليل القائدة، حسن العبارة
لطيف الاشارة، مبوب احسن تبويب على الطريقة الابجدية، يتضمن وصف
المفردات والاعذية والاعشاب الطبية . مع بيان خواصها ومنافعها وطرق
استعمالها وفوائدها شبيه بكتاب ديوسقوريدس وبمفردات الغافقي وابن
البيطار يذكر المؤلف في الباب الاول منه جميع المفردات المبدؤة بحرف
الالف فيصفها وصفاً لطيفاً دقيقاً وضعه للخليفة المقتدي بامر الله كما تقدم
القول منه نسخة خطية حسنة في المكتبة الاهلية الظاهرية بدمشق اطلعنا
عليها حديثاً في اثناء مطالعاتنا فافردنا لها هذا المقال لوصفها وايراد مقتبسات
منها بعد ان مهدنا لها بايراد لمعة في سيرة مؤلفها واخباره .

وسميت المخطوطة الظاهرية بالرقم ١٠٧/٣١٦٨ وهي مجلدة تجليداً شرقياً بورق
مقوى ازرق اللون بالكرعبيها من المجلد الاحمر طولها ٢٣ سنتيمتراً

وعرضها ١٦ ستيماً مكتوبة بخط جميل على ورق عادي بالجبر الاسوداما اسامي
المفردات والعناوين فبالجبر الاحمر وبالا حروف الغليظة ناقصة الورقة الاولى
مؤلفة من (٢١٦) صفحة في كل صفحة ٢٧ سطرأ وفي كل سطر ١٤ كلمة تقريباً
قليلة الاغلاط مقسمة الى جزئين ينتهي الجزء الاول منها في آخر الصفحة ٦٨
ويبدأ الجزء الثاني من الصفحة ٦٩ فصاعداً من كلمة (زاج) والصفحة الاولى
منها تبدأ بهذه العبارة : - « حار يابس حرارته في الدرجة الاولى ويبسه في
الثانية » ويلى هذه العبارة شرح كلتي (اسفيداج) و (اسقيل) ، وقد جاء
على غلافها من الداخل اسم الكتاب ومؤلفه كما يأتي : « منهاج البيان في الطب
تأليف الرئيس الأجل ابي العباس يحيى بن عيسى بن جزلة كتب سنة ٩٦٢ هـ
(١٥٥٤ م) وختمت الصفحة الأخيرة من المخطوطة بهذه العبارات : - « تم »
كتاب منهاج البيان فيما يستعمله الانسان والله الحمد كثيراً ، كما هو اهله (ثم كلمات
غير مرقوة) وبمدها وصلوا على سيدنا محمد النبي وعلى آله وصحبه وسلامه
وحسبنا الله ونعم الوكيل ولا حول ولا قوة الا بالله العلي العظيم وكان
الفراغ من نسخه صحيحة الاربعاء ، الرابع والعشرين من شهر الله محرم الحرام
من شهر سنة اثنتين وستين وتسعمائة هجرية على مشرفها السلام بقلم المبد
الفقير المحتاج الى رحمة ربه زين الدين بن احمد بن السيد ثابت الحسيني غفر
الله له ولوالديه ولجميع المؤمنين والمؤمنات المسلمين والمسلمات الاحياء منهم
والاموات والحمد لله وحده الخ » ويلى ذلك فوائد مختلفة .

وهاك مختارات اخذناها من ثلاثة ابواب من ابواب الكتاب على سبيل

النموذج والمثال : -

(١ - مختارات من باب الباء)

تَقْلًا عَنِ الصَّحِيفَةِ هـ

(بيض) أجوده الطري من بيض الدجاج وأفضله معه ، وأفضل صنعه نيمبرشت ، وصنعه ان يُقلى ماءً ويجعل فيه بيض ، وبعد ثلاثمائة ويرفع ، وان ققص على الماء عدًّا مائة وورفع

ويأضه الى البرد وصفرته الى الحر ، وجمته الى الاعتدال بين الحر والبرد رطب غليظ والنيمبرشت اسرع انهضاماً وأجود غذاء ينفع الحلق والسعال والسل ويزيد في الباء ، وعه المشوي قابض يسكن الاوجاع اللذاعة ويطلى به فيمنع من سفوح الشمس . والصفرة المشوية يطلى بها الكلف مع السمل ويقع في منافع الاورام وفي الحقن لقروح وينفع من حرق النار وحرق الماء الحار اذا جعل عليه بصوفة وينفع من جراحات السفلى والمائة والمطبوخ في الخل يحبس الطبع وينفع الدوسنطاريا وهو بطي ، الهضم خاصة المتقدم منه ويورث الكلف اذا ادمن اكله والمطبخ ردي جداً يولد حجارة وتحملاً وقولنجاً وينبغي ان يقتصر على صفره او يخلط به فلفل وكون ودار صيني ويستعمل بعده الزنجيل المرتبي .

(بيض) الاوز والبط والتعام) أجوده الطري المعمول نيمبرشت ويقتصر على صفره وهو معتدل الحر غليظ يصلح لمدمني التنب ويضر بالقولنج والرياح والدوار ويصلحه الصمتر والملح .

(بيض) المصافير) يزيد في الباء اكثر من كل بيض وان كانت اصنافه كلها تفعل ذلك .

(بيض الحجل) أجوده اطراه وهو الطف من يرض الدجاج ينفع الناقلين
ويضر باصحاب السكد ويصلحه المثلث .

(٢ - مختارات من باب التاء)

قلأ عن الصحيحين ٩ و ١٠

(عر هندي) يسمى الخوم ويسمى صباراً وهو الطف من الاوجاص
واقل وطوبة واجوده الحديث الطري الصادق المحموضة الذي لم يذبل ولم
يجف وهو بارد في الثالثة وقيل في الثانية يسهل وينفع من القيء والمطش في
الحميات وينفع من الحميات والعشي والكرب وخصوصاً اذا كانت هناك
حاجة الى تلين الطيبة وهو يضر بالسعال والصدر ويصلحه شراب
البنفسج والحشيش .

(توت حامض) هو المعروف بالشامي واجوده الكبار الصغار الاسود
والقيح منه اذا جفف قام مقام السماق وهو بارد يابس في الثانية وقيل رطب
وقيل ييبس في الاولى وفيه قبض يحلل اورام القم والحلق وورقه ينفع الذبحة
والخوائيق وعصاراته مخففة تنفع من القروح الحبيثة والمخفف منه يحبس البطن
وينفع من الدسطاريا وقشرة شجرة التوت تريق (الشوكران) واوقية
ونصف من عصارة ورقه ينفع من لدغ الرتيلاء واكله يحدث مغصاً ويصلحه
الاطرifel الصغير وقال اسحق يضر الرئة ويصلحه الرمان .

(٣ - مختارات من باب الحاء)

قلأ عن الصحيحين ٣١ و ٣٢

(خبز القرن) أجوده المحكم النضج وهو رطب يتنفع به اصحاب الابدان

التخفيف والرياضة القوية على أنه لا يؤمن ضرره فيما بعد وهو يسيء الهضم لردائته باحتراق ظاهره وقلة نضج باطنه وتصلحه الاشياء الحلوة ومما يدفع ضرره تخفيفه ودقه وتحميصه وخلطه بالماء والسكر .

(خبز الطابون) الطابون هو كتور لطيف مدفون في الارض حتى لا يبقى الاقله ثم يجعل في ارضه حصي ويجعل عليه طبق حديد ويجعل على الطبق زبل قد اضرمت فيه النار لئلا ثم ينحى عنه ويجعل السجين على ذلك الحصى ثم يعاد الطبق حتى ينضج واجود خبزه المحكم التخمير والنضج وهو رطب صالح لاصحاب الرياضة القوية والابدان المتخلخلة وهو يسيء الهضم واصلاحه بما يحدده كالحلوى .

(خبز الملة) هو الخبز على الحصى وهو اردي من القرن لاحتراق ظاهره وقلة نضج باطنه واختلاطه بالرماد وهو رطب غليظ صالح للابدان المتخلخلة وهو يسيء الهضم وتصلحه الرياضة الكثيرة في صحبة اكله وشرب المثلث بعده .

(خبز الطابق) اجوده المختمر المجين وهو يابس موافق لذوي الكد والتعب ويعقل الطبع ويكد المعدة ويولد سداً وخاصة ان كان بدهن ومما يقلل ضرره اكله باللحم اللطيف والمرق والابازير الحارة .
(خبز القطايف) يعقل الطبع ويولد خلطاً غليظاً ويصلحه ما يستعمل معه من الاشياء الحلوة .

(خبز الابازير) هو الذي يجين بسيرج ومسمم وسيرجه مثل ثلث دقيقه يوافق اصحاب الكد والرياضة والمعد القوية وهو يختم ويؤدي المعدة

ويولد خلطاً ردياً ويصلحه الملح او البن او السكر او المسل او الفانيد
(خبز الارز) اجوده المتخذ من الارز الجوهري وهو بارد يابس
يمسك الطبع وهو بطيء الانحدار وتصلحه الرياضة والاستحمام ويتخذ منه
زبد بدهن لوز .

(خبز الشعير) اجوده الخبوز من الشعير الحديث الرزين وهو بارد
يابس يعقل الطبع وهو قليل الغذاء رديه وتصلحه الاشياء الدهنة .



معالجة الربو في الأطفال

بمولدة الضد المعوية المنسوبة

الى الاستاذ دانيز

ترجها الطالب السيد شفيق البابا

يقول الطيب يهلر (Biehler) لقد عالجت بمولدة الضد المعوية التي استحضرتها الاستاذ (دانيز (Danyasz) ثمانى عشرة حادثة من الربو في اطفال تفاوتت اعمارهم واني سأذكر هنا خير ما صادفته من المشاهدات :

المشاهدة الاولى : الابنة (د) في الثانية عشرة من عمرها ، منفضجة وصدرها ذو سعة كافية كشف الاصغاء فيه جميعه كثيراً من المراكز الصغيرة والقطيطة وتحت الفرقمة . كانت ثقباتها غالباً نوب زلة مع حمى خفيفة ، ثم تظهر عليها عوارض الاختناق ، فتزرق سحتها وتبرد نهايات اطرافها ، وتزول جميع الاعراض في فواصل النوب . وبما ان حمية المداواة قد تقذت في هذا السيل منذ امد طويل ، جربت معالجتها بمولدة الضد المعوية ، فاجريت لها سلسلتين من المداواة ، في كل منها خمس حقن بفاصلة يومين ، وكانت تحقن في كل مرة بمقدار $\frac{1}{3}$ سم من مولدة الضد المذكورة . فكانت النتيجة مدهشة اذ اختفت نوب الزلة ، ولم يبد اثر للضراخ وتحسنت الحال العامة بصورة مرضية ولم لاحظ الا عرواء وارتفاعاً خفيفاً في الحرارة ثم كررت الحقن سلسلة

اخرى بعد اسبوعين في كل يومين مرة ومنذ ذلك الحين تلاشت النوب تماماً وشفيت العليّة وعادت الى مدرستها بدون ان يصيبها سعال طيلة فصل الشتاء البارد مع ان المعالجة اجريت في شهر شباط .

المشاهدة الثانية : الطفل (س) في التاسعة من العمر ، تبدو عليه جميع مظاهر الحرض ، والده مصاب بالنقرس ووالدته مصابة بالربو . اخذت تنبأه هجمات ربو نموذجي كلما تعرض للبرد رهو يشكو عدا ذلك نوباً مفاجئة غالباً بدون سبب بيّن . وكانت تماوده بين القينة والاخرى نوب ربو وشرى عولج بحقن مولدة الضد المئوية بمقدار $\frac{1}{3}$ سم ٣ طيلة ثمانية ايام ومرة كل يومين ، فحسن حاله تحسناً محسوساً وعادت نفسه سهلاً وتلاشت الحز اخر تماماً ولم يظهر مكان الحقن اي تفاعل موضعي . واعيدت المعالجة مرة اخرى بعد ثمانية ايام مع زيادة المقدار حتى $(\frac{1}{3})$ سم ٣ في كل مرة فكان من نتيجة ذلك ان اضمحلت علامات الشرى التي كانت ترافق الربو ، ومنذ ستة اشهر حتى الآن لم تظهر فيه نوب الربو .

المشاهدتان الثالثة والرابعة : طفل واخته ، عمر الاول عشر سنوات والاخرى في الثانية عشرة . كانت تماودهما نوب ربو مفاجئة مرتين او ثلاث مرات في الشهر ، تبدو عليهما امارات التعب وكل منهما يشتكي فاميات غدية لم يجد استئصالها ، اذ كان يكفي اختلاف الطقس حتى تظهر نوب الربو .

فبعد المعالجة بمولدة الضد المئوية تناقص عدد النوب وتلاشت اخيراً .

المشاهدة الخامسة : الطفل (ج) في ريعه الثامن من اسرة عرفت بالحرض

عقده اللانفاوية ضخمة وسحته خنازيرية (scrofulenz) .

وكان يتقدم هجمة الربو فيه زكام تشنجي مع عطاس شديد فتزرق
سحته ويكشف الاصغاء خراخرا صغيريه وغطيطية .

وتفاقت حال المريض سوأً بعد حقنه للمرة الاولى بمقدار $\frac{1}{4}$ سم ٣ من
مولدة الضد ، وبدا في موضع الحقن تفاعل شديد ، وارتفعت الحرارة حتى
(٣٨,٥) ولم تكن تعدو (٣٧,٨) قبل ذلك . واستمرت هذه الاعراض
اثنى عشرة ساعة تحسنت حال الطفل بعدها ، اذ طلب طعاماً بعد ان
اضمحلت اعراض الاختناق وتضائل عدد الحراخر .

وقد اجري لهذا الطفل عشر حقن في كل منها ($\frac{1}{4}$) سم ٣ فلم تبدُ عليه
حتى بعد ثمانية اشهر اعراض نوب الربو .
وبينه لو فال



الحيويات في الكيمياء الحيوية

٧٠

للهكتور صلاح الدين مسعود الكواكبي

الفصل السادس

منشأ الحيويات وبنيتها الكيميائية

يهتم الاحيائيون جد الاهتمام لمعرفة منشأ الحيويات ، تلك العوامل اللازمة لحياة الحيوانات ، والشروط التي يتم فيها تكونها ، ومعرفة بنيتها الكيميائية كل ذلك ليتوصلوا الى اصطناعها في المختبر . ولقد ظهر من البحوث الاولى ان الحيوانات غير قادرة على اصطناع الحيويات في عضويتها الا في بعض الحالات النادرة جداً التي تفتقر مع ذلك الى التأييد واذا وجدت فيها فانما توجد ميرة او ذخيرة ليس غير . واما النباتات وبعض العضويات الدنيا (كخبيزة الجمعة مثلاً والخلية النباتية بحالة النمو) فقد ثبت انها الصانع الحقيقي للحيويات فلم يبق شك بعد هذا في ان الحياة الحيوانية مفتقرة الى الحياتين النباتية والجراثيمية . ومما يجب التنبيه اليه ان تكون الحيويات في النبات لا يتوقف على وجود الحضير (كلوروفيل) اذ لا دخل له في انتاج

الحويّات بخلاف ما يشاهد في تكون السكريات فيها . فخميرة الجعة مثلاً تكون الحيّون B بكميّة وهي عديمة الحضير، والنباتات الناشطة في الظلام وقبل ظهور الحضير فيها تحتوي على الحيّون C ضد الحفر الذواب في الماء . وكذا الحيّون A الذواب في اللحم يتكون مستقلاً عن كل فصل خضيري . والحيّون ضد الحرع يتكون في بعض الستيروولات خصوصاً في الأروغوستيرون دون أن يكون للعمل الحضير أي دخل فيه، ويكفي لتكوينه الجزء النفسجي من الطيف الشمسي فقط . واما في المضوية الحيوانية فيتكون هذا الحيّون إما من الاغذية المتناولة وهو ينبوع محدود لقلة الاغذية التي تحتوي عليه ولو بمقدار يسير . واما من الستيروولات الجلدية المخرّضة بالاستشماس ، لان جلد الانسان او العجل الممرّض الى فعل الاشعة النفسجية يصبح متصفاً بنحوص ضد الحرع . وكذا دم المروضين على الاشعاع يشفي الجرذ من الحرع . وعلى هذا فجلد الانسان نفوذ للاشعة الضوئية والاشعة النفسجية بدرجة تكفي لتحويل طبائع المواد غير الفاعلة التي يأتي بها الدم ، الى مواد فاعلة مما يؤيد وجود دورة ستيروولية في المضوية الحيوانية تعمل على تحويل الأروغوستيرون العاطل الى حيّون فعال ضد الحرع ثم الى الكوروستيرون العاطل وغير القابل للاتفعال .

واما شأن الحيّون ضد الحفر فهو غير شأن الحيّونات الاخر من حيث لزومها المبرم للحيوانات . وفي الحقيقة ما كل الحيوانات يحتاج الى الحيّون C ضد الحفر احتياجاً لا غنى لها عنه . فالجرذ مثلاً تعيش مدة طويلة جداً بقضاء خالٍ من الحيّون C يموت به السمور في خلال اربعة اسابيع . فمضوية

الجرذ والحالة هذه قادرة على اصطناع هذا الحيوان وتتحقق ذلك بالتجربة أيضاً . فاكباد الجرذ التي جعلت عرضة لمرتب غذائي مولد للحفر تشفي او تقي تماماً السمور المصابات بالحفر . وكذا الحمام تستطيع ان تعيش بمرتب غذائي خلو من الحيوان ضد الحفر ، مما يؤكد ان المضوية الحيوانية يمكن ان تمنع احد الحيوانات (الحيوان ضد الحفر C) ان لم يكن كلها . ولقد ذكرنا فيما تقدم ان هذا الحيوان متوزع على غير انتظام في الاغذية الطبيعية فيها ما يحتوي عليه بكثرة ومنها ما لا يحتوي عليه البتة ومنها ما يوجد فيه بمقدار ضئيل . فالسمور وغيره من الحيوانات التي تعيش بالاغذية الطازجة لا تستطيع عضويتها تكوين هذا الحيوان . وعلى العكس الجرذ والحمام التي لا تقتات عادة باغذية طازجة اما انها تكفي بمقدار يسير جداً من الحيوان C او ان عضويتها قادرة على تكوين هذا الحيوان من مواد اكثر بساطة منه . اما طبيعة الحيوانات الكيماوية فلا تزال تحت الدرس واخذ ورد بين العلماء ولم تجمع كلتهم على شيء صريح قطعي . لذلك نكتفي بذكر ما وصل اليه دروسهم الحيوانات من هذه الناحية الكيماوية فاركين للمستقبل وحده الحكم النهائي .

(١) الحيوان C ضد الحفر الدواب في الماء . - ظهر ان له نوعين احدهما ذو وظيفتي فينول ، والآخر بطبيعة شبه قلوية مشتق من (التاركويتين) منزوعاً منه جذر متبلي واحد اي انه بحالة (متبل - نور - تاركويتين) .

ولقد وفق بعضهم سنة ١٩٢٧ الى استخلاص مادة متبلورة من عصير الانعام ومن الكظر بوظيفة الحمض تتصل بنسب الى اسرة السكريات

(غلوسيد) صيغتها الموجزة $C^6H^8O^6$ وسماها سنة ١٩٣٣ حمض الآسكوربي (acide ascorbique) تتصف بخواص العامل ضد الحفر بمقدار ملغرام واحد وبخاصة الاختزال الشديد، وبخاصة ذات شأن هي التأكد القابل للاعقاب. ثم تبين ان حمض الآسكوربي هذا يوجد في القلقل التساوي (paprika) اربعة امثال ما يوجد منه في عصير الليمون او البرتقال.

ولا يمكن الجزم في اليوم الحاضر - والبراهين العلمية لا تزال قليلة - في طبيعة هذا الحيون هل هي C_1 من زمرة الاجسام المؤكسدة المختزلة - oxydo reducteur ام هي C_2 من زمرة الفينولات المضاعفة التي يمكن ان تكون من اشباه القلويات النسوبة للنار كوتين.

(٢) الحيون B_1 ضد العصاب. - لقد علم انه مادة اساسية ازوتية كبريتية بصيغة $C^{12}H^{17}N^3OS$.

واما الحيون B_2 المنبه للخلية فهو مادة آزوتية لا كبريت فيها. وهي متبلورة وتنصر في $+ ٢٣٣^\circ$ صيغتها $C^5H^{11}NO^3$ ذات نواة من نواقص الدور (hétérocyclique).

(٣) الحيون A العامل في النمو (القداب في الدم). - يتصل هذا الحيون بنسب صحيح الى السكاروتين $C^{60}H^{56}$ من زمرة الفصوم الهيدرجينية ذوات الارتباطات المضاعفة المدينة.

وتأيد من ابحاث كارر ان انشطار السكاروتين يُنتج ذرتين متساويتين ذواتي (هيدروكسيل) واحد، هما الحيون A صيغة كل منهما $C^{30}H^{30}O$ بيئة دورية مع وظيفة غول، سميت او كزيماسته رول (auxémastérol) من

الكلمة اليونانية (auxéma) ومعناها النمو . واطلقت كلمة الحيوين A على كلتا الذرتين المتحدتين دفماً لكل التباس .

ولقد تأيد تجارب كثير من الاحيائيين استحالة الكاروتنه في العضوية الحية الى الحيوين A وادخاره فيها على هذه الحالة مما حدا بالعلماء الى عد الكاروتنه طليعة للحيوين A (provitamine) .

٤) الحيوين D ضد الجرغ (١، غوستيرول) المشع . - لم تعلم حتى الآن الطريقة التي يتم بها تكونه في الطبيعة . ولقد استطاع العلماء بعد بحوث طويلة ان يهتدوا الى الشروط الملائمة التي يمكن بها تجهيز مادة تتصف بجميع خواص هذا الحيوين من جسم معروف تماماً هو الارغوستيرول المستخلص من مهماز العّاس (ergot de seigle) وبعد في اليوم الحاضر طليعة للحيوين D ، لانه ينتجه حينما يمرض للاشعة الشمسية او البنفسجية بقدر معلوم . وهو ذو بنية كيميائية معقدة جداً فيها وظيفة غول .

وهناك نوع سمي الحيوين D₂ او كالسيفيرول (Calciferol) وهو مادة مبلورة تنصهر في ١١٥ - ١١٧ من الحرارة وتحرف النور المستقطب الى اليمين قدر + ١٠٢.٥ صيفتها $C_{27}H_{42}O$ تقي من الجرغ بمقدار يسير جداً (٠.٠٠٠٠٠٢ من الملتغ) .

٥) الحيوين E العامل في التناسل (الذواب في الدم) . - لم يعلم عنه الى الان اكثر من انه مكون من الفحم والهيدروجين والاكسجين وبوزن ذري كبير جداً .

وفي الجدول الآتي نلخص كل ما تقدم من الاوصاف :

جدول يبين الاوصاف الكيميائية للحيوانات

مع المقدار الاصفر الفاعل لكل منها

المقدار الاصفر الفعال لكل حيوان في كل يوم	طبيعته الكيميائية	تركيبه النسبي	اسم الحيوان	الحيوانات القذابة في الماء
١ ملغ ٠٠٠٢٠ من الملح	حمض الأسكوربي (من اسرة الفلوسيد) مethyl-nor-tyrosine أو ديفينول C (شبه قلوي)	$C^6 H^8 O^6$ $C^{20} H^{19} N O^7$	C_1 الحيوان ضد الحفر C_2 C	
٠٠٠٢٤ من الملح	جسم اساسي كبريتي	$C^{12} H^{17} N^3 O^8$	الحيوان ضد المصاب B ₁	
٠٠٠٠٥ من الملح لاجل اسم ٣ من معلق الحجرة	بنية ناقصة الدور	$C^5 H^{11} N O^3$	الحيوان B ₂ اللازم لحياة خميرة الجعة (بيوس فونك) Bios	
٠٠٠٠٣ من الملح ٠٠٠٠٤ من الملح	(او كوما ستيرول جسم) ذو بنية دورية مع وظيفة غول كاروتين (نجم هدرجيني) ذو ارتباطات مضاعفة عديدة	$C^{20} H^{30} O$ $C^{40} H^{56}$	A_1 الحيوان A A_2	الحيوانات القذابة في الدم
٠,٠٠٠٠٢ من الملح	أرغوستيرول المشع المبلور (بصفة مسقطة) جداً فيها عدة دوائر مع وظيفة غول	$C^{27} H^{42} O$	الحيوان ضد الحرق D (D ₂ او كاليفيرول)	
٠,٢٥٠ من الملح	؟	$C^3 H^2 O^3$	الحيوان E العامل في التناسل والاتاج	

الفصل السابع

في وقاية الحيونات من التلف في الاطعمة المطبوخة او المحفوظة

اسباب الادواء اللاحوية

ان لمعرفة الوسائل التي تقي الحيونات من التلف في الاطعمة المطبوخة او المحفوظة شأنًا لا يستهان به كما لا يخفى للاستفادة من خواصها . ولقد تقدم في الكلام على خواص الحيونات ان العوامل المتلفة لها هي اربعة : الحرارة ومدة التأثير وفعل البيئة ، ووجود الاكسجين . اما البرودة فهما اشتدت وطال امد تأثيرها فليس لها اقل فعل سيء في الحيونات .

الحيون C . - ان رُب البرتقال والطماطم المحفوظة (كونسروة) تحتفظ بقدرتها الحيوية ضد الحفر بسبب هوضتها وكثرة المقدار الذي تحتوي عليه وهي طازجة من الحيون C . ففي مصانع الكونسروة تحسن اضافة عصير الليمون الى الاثمار المحفوظة لانه يستيق للثمر قدرته الفعالة ضد الحفر لزيادته الحموضة فيها . وعلى العكس الاطعمة المطبوخة او المعروضة للحرارة بلامسة ثاني فحمات الصوديوم (اي في البيئة القلوية) فانها تفقد تماماً فعاليتها الحيوية ضد الحفر .

اما اللبن الذي هو الغذاء الوحيد الهام للطفل فيجب ان تلاحظ فيه امور :

١) غناه من الحيوين C (لأن هذا الحيوين يختلف مقداره باختلاف نموذج الحليب) .

٢) تفاعله لأن تفاعلاً قلوياً مهما ضؤل يتلقه .

٣) حرارة التخمير او التسخين .

٤) السرعة التي يتوصل بها الى درجة الغليان لان تلف هذا الحيوين يشتد كلما كان الوصول للغليان ، بطيئاً .

٥) مدة الغليان .

٦) سرعة تبريد اللبن بعد الغليان .

ومما يلاحظ ايضاً ان تكرار الغليان يلف حتماً هذا الحيوين . وكذا القول في الألبان المكثفة المحفوظة الا اذا كانت مهيأة بمحيطه وانتباه في مخابر فنية مستوفاة الشروط .

ويجدر ان يسقى الاطفال ملعقة صغيرة من عصير البرتقال الطازج بين فترات الرضاعة الاصطناعية (بالألبان المغلية او المعقمة) لتعويضاً لهم للحيوين C المتلف بالتخمير .

الحيوين B - ان الحيوين B_1 من هذه الزمرة هو كما تقدم سريع التلف بالعوامل المحرقة . اما (B_2) و (B_3) و (P) فمن اكثر مقاومة نسبة .

ففي شروط الطبخ الاعتيادية التي لا تتجاوز الحرارة فيها الدرجة $+100^\circ$ لا يتلف من الحيوين B_2 و B_3 مقدار محسوس . اما B_1 فانه يتلف تماماً .

اما اللابن الجفيف والابن المكثف فلهما خواص فعالة من الحيوين B .
والشعير والخص والفاصولية والجزر والخضر الطازجة (كاليفنة والطماطم)
اذا سخنت نصف ساعة على حرارة $+ ١٢٠^{\circ}$ في الصاد الموصل (اي بمزل
عن الهواء) تبقى محتفظة بجزءه من خواصها ضد المصاب . اما التسخين مدة
اكثر (مقدار ساعتين في $+ ١٢٠^{\circ}$) فيفقد هذه الخواص .

الحيوين A . - هذا الحيوين العامل في النمو يتفعل جداً من الاكسدة
والحرارة . ولقد تأيد بالتجارب العديدة ان زيت الزيتون البكر الذي يحتوي
على كمية لا يستهان بها من هذا الحيوين الدواب في الدم يفقده تماماً في اثناء
عمليات التصفية التي يحمل عرضة اليها .

الحيوين D . - هذا الحيوين الفاعل ضد الحرج يكون تحت شروط
معينة من الأذغوستيرون الموجود في الدم الطبيعية . فاذا لم تراعى هذه
الشروط بدقة قلما فلا يتحول الأذغوستيرون الى هذا الحيوين او ان المادة
الفاعلة المتكوثة تمود فتلف قسماً او كاملاً .

وكذا الحال في الاطعمة الطبيعية والزيوت الدوائية ، كزيت كبد الحوت
مثلاً فنه ما يحفظ بقوته الحيوية سنين طويلاً ومنه ما يفقدها في مدة
يسيرة ومنه ما لا يتصف البتة بخامة حيوية . واسباب ذلك عديدة :
(١) نوع الكبد المستخلص منها الزيت (٢) زمن التجهيز (٣) شروط
استخلاص الزيت وحفظه وخصوصاً عمليات التصفية التي يحمل عرضة اليها .
ولذلك كان لمراقبة المواد المستعملة ضد الحرج مراقبة حيوية شأن من حيث
فن المداواة .

الحيوين E - هو أكثر الحيوانات مقاومة للحرارة والاكتسدة بحيث يمكن أن يد غير قابل للتلف في الشروط الاعتيادية من التهت والطبخ . ولكن بوجود كمية مناسبة من شحم الخنزير في مرتب غذائي كامل يفقد من هذا الغذاء ، هذا الحيوين العامل في الانتاج ولم تعرف بعد اسباب هذا التأثير السيء معرفة قطعية والمفنون ان يكون لحاصيل الزنخ دخل في ذلك . وقد تشاهد حالات واعراض فاجمة من خلو الاطعمة من الحيوانات عرضاً او قصداً فيمن يتناولون غذاء على نسق واحد (مطرداً) كالجنود والبحارة والسجناء والمرضى وسكان البلاد القليلة الانتاج ، لا يحدث شيء من هذه الاعراض لو كان الغذاء متغيراً من حين لآخر . وكذا الحال في الاطعمة الغنية دائماً من الكونسروة والغنية من اللحوم المضوية والغنية من الرز المقشور والحبوب والمعجنات .

ومن الاسباب التي تدعو الى حدوث الادواء اللاحيوية ايضا شروط التمرين التي تحدّد حتماً انتخاب الغذاء ، وغلاء بعض الاغذية الغزيرة الحيوانات كالقواكه والخضر الطازجة ، واستعمال الكونسروة واللحوم المقددة والجبن وخلاصات الاطعمة الجاهزة صناعياً ، واستعمال السكاكر والشوكولا والمعجنات الكثيرة السكر .

ان اهل المدن الكبرى يكترون من استعمال الاغذية الحيوانية ، والبطاطة والرز والخضر الجافة ويعدّون الخضر الطازجة والقواكه ضرباً من الاطعمة القليلة القدرة الغذائية المديعة النفع فيتجنبون تناولها أثمة واستكباراً ، وهم لا يدرون ان تلك شر الاطعمة التي تحتوي بين عناصرها الامراض والادواء

اللاحيوية المهلكة ! وان هذه خير الاطعمة التي تكمن فيها عناصر الحياة! ان التمدينين يعتمدون شيئاً فشيئاً عن شروط الحياة ، الطبيعية ويندر منهم من يعمل في الهواء الطلق لابساً ملابس فضفاضة تسمح لأشعة الشمس ان تخلل منها الى اجسادهم فتلقي فيها النشاط والحياة ، وندر منهم من يتناول اطعمة طازجة تنبت في اماكن كثيرة الهواء غزيرة الشمس .

أفلا ترى سكان المدن الكبرى كيف يحشرون انفسهم في مساكنهم المظلمة ، في الطوابق المترابكة بعيدين عن نور الشمس ، معتدين بالاطعمة المجففة ، والكونسروات النقية او بمواد يظن انها طازجة وهي في الحقيقة لبثت اياماً عديدة مكومة في القاطرات الشاحنة المظلمة . فلا غرابة بعد ذلك اذا رأيتم مزلولين فاقدى الصحة والنشاط هم واولادهم وخصوصاً اذا شاهدت اطفالهم مكسوحين لحرمانهم من الحيوين D الذينهم احوج اليه في زمن تطور عضويتهم . وكيف يتكون هذا الحيوين من الكوليسترول في جلداهم القتي المحروم من اشعة الشمس فضلاً عن انهم لا يموضون خسارتهم منه بالمحافظة على نسبة الكلسيوم الى الفسفور لأن الاطعمة في مثل تلك المدن الكبرى غزيرة بالفسفور قليلة بالكلسيوم فينشأ اطفالهم مكسوحين ليني العظام مشوهي الخلق .

فالطعام الصالح لنماء طبيعي وحياة مطردة من حيث القدرة الحيوية هو ما احتوى على (سلطة) نيئة وفاكهة نيئة وعصير ليمون طازج في هذه (السلطة) وعلى مادة غزيرة من الحيوين B الى جانب المجنات والاطعمة السكرية وعلى زبدة طازجة وحدها او مع الحضر السلوكة بالماء فقط .

واليك مثلاً على مرتب غذائي مستوف الشروط الحيوانية والغذائية :

آ - غذاء مركب غني بالحيوانات :

حساء من الحضر الطازجة مضافاً اليه شيء من اللبن والمج (اصفر البيض)
وزبدة طازجة ،

سلطة الحس مع الطماطم مضافاً اليها زيت الزيتون البكر وعصير الليمون
الطازج ، لحم او سمك مشوي مضافاً اليه زبدة وعصير الليمون ،
مزيج من الحضر الطازجة المسلوقة مضافاً اليها زبدة طازجة ،
برتقال وعنب .

ب - مرتب غذائي بسيط وغني بالحيوانات :

حساء من الحضر الطازجة ، سلطة اعتيادية ، لحم مشوي ، مهروسة البطاطلة
مع زبدة ، تفاح نيء .

ج - مرتب غذائي أبسط وغني بالحيوانات : سلطة الطماطم ، جين دسم ،
جوز ، فواكه نيئة .

وصفوة القول : لم يعد في اليوم الحاضر مجال للتكران باذهناك عوامل
حيوية لا بد من وجودها في الاغذية المتأولة ، تعمل على ادامة حياة المضيوية
الحيوانية باطراد ونمائها بانتظام بتدخل في الظواهر الحيوية والفيزيولوجية .
وان خلوها من الاغذية يفضي الى اضطرابات وخيمة قد تؤدي الى الهلاك .
ومما نلفت النظر اليه ان طرق الاغتذاء الحالية تعتمد يوماً فيوماً عن شروط
الحياة ، الطبيعية بتقدم ما يسمى (المدنية) ولا يترتب عن البال ان هذا
التقدم مخوف بالاعطال فيجب المدول عنه الى الطريق السوي طريق

الحياة الطبيعية المقولة التي تحفظ للبدن نشاطه كاملاً وصحته تامة .
 واتنا ننصح للانسان (التمدين) الذي يتباعد كل يوم عن شروط الحياة،
 الطبيعية مأخوذاً بزخارف المدنية الكاذبة الخلابه ألاّ يردد مع القائلين جهلاً
 (اتنا عشنا حتى الان دون ان نعلم شيئاً عن كل ما ذكرنا) لان العلم وحده
 هو الذي استحل واستجلى غوامض الحياة وكشف ويكشف عن اسرار
 التغذية والاعذية وقضى على كثير من الامراض الخفية التي كان يذهب ضحيتها
 الالوف من البشر من سوء الاعتداء. فعلى هذا الانسان ان يتطلب دوماً من
 العلم والفن ان يهدياه سواء السبيل اذا كان يحب ألا يرى صحته تتقهقر كل
 يوم ، واذا كان يود ان يعيش العمر كله بهناء لا يعكر صفوه طارئة او مفاجئة .
 واذا كان يرغب ان يستبقي ذريته من بعده على احسن ما يرام من الصحة
 والقوة والرفاه .



مقتطفات حديثة

جها ولحها الطالب السيد مصباح المالح

٨ — تخفيف الضزز في الحوادث الالتهابية الحادة (Réduction du trismus)

dans les accidents inflammatoires aigus)

لدينا بعض الطرق لتغلب على الضزز كالتخدير العام والاستعانة بمحمد
الفكين وطريقة بيرشه (Bercher) في تخدير العضلة الماضفة. ويمكن التغلب
ايضاً على الضزز كما في الطريقة الآتية واساسها تأثير المقعدة الوتدية الحنكية
في الجهاز الودي . وتستند هذه الطريقة الى المعلومات التشريحية التالية .

توجد المقعدة الوتدية الحنكية في القاع الخلفي للحفرة الجناحية الفكية
وتشترك مع الحفرتين الاخنتين بالثقبه الوتدية الحنكية التي يبطن غطاء الاف
جدارها الانسي . وتقع هذه الثقبه فوق ذنب الصماخ المتوسط فمس فاحية
الثقبه المذكورة بمائع بونان يحدث خدرأ في الجهاز التوأمي الودي
(système trigémino - sympathique) جميعه فيزول الضزز وينفتح القم .

والادوات اللازمة هي ملقط منحنٍ زاوية منفرجة كالستمنل في طب
الاذن والأنف والحنجرة مع قطعة من القطن معتدلة الحجم ، ومائع مخدر
كمائع بونان الذي يمكن الاستعاضة عنه اذا خيف من تخريشه بمحلول عشري
كوكايني او نوفوكايني .

وللعمل : يكشف القرين المتوسط ويدخل الملقط الحامل لقطعة القطن
المغموسة في المائع المخدر غمساً متدلاً حتى لا يسيل منه شيء في الانف والبلعوم

ويجعل انقراج الملقط الى الخارج ويتبع الجدار الوحشي للحفرتين الاقيتين
حتى اذا ما وصلنا الى علو ذنب القرين المتوسط نرفع نهاية الملقط نحو سقف
الحفرتين الاقيتين ونثبت بضع ثوان على الجدار الوحشي فنحصل على نتيجة
جيدة وآنية اذ يتباعد الفك بحدون ألم ويفتح الفم فتمكن من اجراء القحوص
الدقيقة ومن التوسط الجراحي ايضا .

وقد يحدث في بعض الاشخاص المعيين غالباً سيلان انفي وخفقان
وحس تبرد وفوط حس في التمسك الانفي الوجهي فيجب الاسراع في
معالجة هذه الموارض حين ظهورها .



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الاول سنة ١٩٣٨ م . الموافق لشبان سنة ١٣٥٧ هـ .

فعل الحمية المائية و الفصادة في سير الحمى التيفية

نشر امبار وبارتلم وماندل في المطبوعات الطبية مقالة ينووا فيها ما لاستخراج الدم والحمية المائية من الفعل الحسن في الحمى التيفية المدينة السير فرأينا ان تلخصها للقراء لما فيها من الفائدة كيف لا والحمى التيفية قرأة (endémique) في دمشق والاشكال المدينة السير منها كثيرة الحدوث حتى ان الطبيب يقف بازائها حائراً والمرضى يائساً منتظراً نهاية حمى الاسبوع .
تلو الاسبوع فلا يرى آخرها الا بعد ان تكون قد اضعفت العفونة قواه واوهنتها . تبدأ الحمى التيفية بدعها المتداد وتستمر زهاء ثلاثة اسابيع والحرارة لا تنقطع واذا بها بعد انتهاء هذه المدة تهبط الى ٣٧ . افحق لنا القول ان المريض قد شفي من حمى ؟ لا اتنا لا نستطيع اثبات هذا الامر بل ان الحطة التي تنبها عادة هي المثابرة على مراقبة المريض بضعة ايام حتى اذا ظلت الحرارة في جوار الدرجة الطيمية (٣٧) اجزأ له تناول الحليب

والمرق غير انه لا يكاد يتطلع هذه المواد حتى تملو الحرارة وتتابع علوها كما في بدء الغفوة واذا ما استبقت الدم كان ايجابياً . يستتج من هذا ان المريض لم يشف مع ان حرارته بقيت بضمة ايام في جوار الدرجة الطبيعية ويستتج من المشاهدات التي جاء بها كتبه المقال ان كل حمى يطول سيرها ولا تهبط هبوطاً صريحاً الى ما دون ٣٧ تسقطها الحمية المائية في خلال ٣ - ٤ ايام .

ولست تلك الاشكال المدينة من الحمى التيفية التي تذكرها المؤلفات الدراسية ، بحسب رأي هولاء المؤلفين الا حالات اشترك الطبيب والعصية التيفية في تطويل مدتها بوصف الاغذية المضرة بمرضاهم ولو أنهم ساعدوا الطبيعة بحمية مائة صارمة حين ظهور تموجات الحمى الدالة على اتجاهها عفواً الى الشفاء ولم يغذوا العصية الجاثمة في النهار باغذيتهم المختلفة ، والدليل علو الحرارة مساء وهبوطها صباحاً ، لكانوا حذفوا من مؤلفاتهم هذه الاشكال المدينة السير . فالحمية المائية التي تحرم العصية كل غذاء تقطع سير الحمى . ولتكن هذه الحمية صارمة فلا يسمح فيها بسوى المواد السكرية التي تنقصها الامعاء بسرعة غير تاركة منها فضلات تستطيع العصية الاستفادة منها والتغذية بها . وكل غذاء آخر اياً كان نوعه حتى ما عددناه خالياً من الضرر كمرق الحضر والحليب الممدد بالله يجب نبذه لانه بطيء الهضم ولان العصية تستطيع الاستفادة منه .

وبعد ان جاء المؤلفون بمشاهدات تؤيدها منحنيات الحرارة فاطقة بفعل الحمية المائية الحسن في قطع سير الحمى التيفية عادوا الى الكلام عن فعل

القصادة الحسن في سيرها .

ولا يبرى هبوط الحمى في جميع مشاهداتهم الى خروج الدم فقط لأنهم كانوا يضطرون في بعض من الحالات الى استعمال الحمية المائية في الوقت نفسه ولأن هذه الحمية كما رأينا تكفي للقضاء على سير الحمى .

وقد كان النزف المعوي الذي كان يعرقل الحمى التيفية الحالة الوحيدة التي كان يراقب القدماء في اثناؤها فعل النزف في سير الحمى التيفية وقد اختلفت آراؤهم فيه فمنهم من كان يزو اليه تحسن الاعراض التيفية الشديدة الخطر وكان يرى فيه سيلاً الى نجاة بعض من التيفين ومنهم من كان يعد النزف اداة خطر تضاف الى خطر الحمى نفسها وما ذلك الا لأنهم لم يصعدوا حكمهم في حالات متشابهة . فان بعضهم كان يبدي حكمه في مرضى تزفوا فقط والبعض الآخر كان يبدي هذا الحكم في مرضى آخرين تمرقل تزفهم بانتقاب الامعاء فكان موتهم لا مفر منه فلا سيدل والحالة هذه الى الاستفادة من آراؤهم بعد تبين المشاهدات التي اصعدوا الحكم فيها .

اما مكتبة المقال فانهم قد درسوا الحالات التي ينزف فيها المرضى تزاماً متوسط الكمية وخالياً من المراقيل الاخرى . ومنى قلنا تزف قلنا في الوقت نفسه حية مطلقة او مائة لان المرقلة التي يخشى شرها في حالة كهذه انتقاب الامعاء .

وقد رأينا ان الحمية المائية وحدها تحسن سير الحمى التيفية أفنسب هذا التحسن الى الحمية نفسها ام الى خروج الدم ؟ ان خير حل لهذه المعضلة ان يدرس فعل النزف في مرضى لا يبدل مرتبهم الغذائي او ان يدرس فعل

الحمية المائتة وحدها في مرضى لم ينزفوا وفي مرضى آخرين قد نزفوا وتقابل درجة التحسن في الحالتين .

أورد الكتبة مشاهدة امرأة حامل أصيبت بالحمى التيفية فسادت حرارتها ثلاثة أسابيع بلا انقطاع ثم سقطت الى جوار الحرارة الطبيعية وظلت كذلك ستة ايام متتابعة واذا بها تعود وتبلغ التاسعة والثلاثين ويتابع النكس سيره سبعة ايام والحرارة تتنوع هذه التغيرات العالية حتى اليوم الثامن اذ اسقطت جنبها فبطلت حرارتها بعد بضع ساعات الى الدرجة ٣٦.٥ وظلت هابطة ولم يتبدل مرتبها الغذائي طيلة سير الحمى جيمه لان النزف قد نشأ من الاسقاط وليس من الامعاء ولم يستدع الحمية المائتة فيكون النزف فقط قد اثر في هذه المريضة التأثير الحسن قاطعاً سير الحمى .

واوردوا مشاهدة اخرى عولجت في الوقت نفسه بالحمية المائتة والقصادة : امرأة عمرها ٢٤ سنة اصيبت بالحمى التيفية وكان استنبات دمها ايجابياً وظلت حرارتها تتنوع من ٣٨ - ٣٩ قصصدت في ٢٠ كانون الثاني سنة ١٩٣٨ اذ كانت حرارتها ٣٨.٥ واستخرج من وريدها ٣٥٠ سم ٣ فسقطت حرارتها بعد نصف ساعة الى ٣٧.٦ وبعد اربع ساعات ونصف ساعة الى ٣٧.٢ ثم عادت الى الارتفاع في الساعة الخامسة مساء الى ٣٨.٢ وكانت في صباح اليوم الثاني ٣٧.٥ وفي مساء اليوم نفسه ٣٦.٨ ولم تقل بعد ذلك اليوم عن ٣٧ . فاذا عُدَّ هبوط الحرارة دليلاً على شفاء الحمى التيفية قيل ان هذه المريضة شفيت في ٢١ كانون الثاني وان شفاءها قد تم في خلال ٢٨ ساعة . ولكن فليعلم ان الحمية المائتة قد فرضت على المريضة بعد القصادة مباشرة فلا

يجوز ان تنسب سرعة الشفاء الى الفصادة فقط بل ان بعضها عائد الى الحمية ايضاً . ولكن اذا قارنا بين هبوط الحرارة في هذه الملاحظة وبينها في مشاهدات اخرى فرضت فيها الحمية المائتة فقط تبين ان الحمية المائتة التي فرضت في احدى المشاهدات يومين فقط لم تغض الى الشفاء وانها افضت اليه في مريضة فرضت عليها الحمية اربعة ايام فيكون الشفاء الذي حصلت عليه هذه المريضة في خلال ٢٨ ساعة عائداً بعضه الى الفصادة والبعض الآخر الى الحمية . ولنجرب الآن تعليل تفاوت السرعة في شفاء المرأة المجهضة والمرأة المفصودة . فان الاولى اسرع شفاؤها اكثر من الثانية لانها على ما يستند المؤلفون قد فقدت من الدم اكثر من الثانية فان الاجهاض يعقبه في الغالب نزف غزير وهذه المرأة التي كانت فقيرة الدم منذ بدء حملها عوين دما مرات في سياق الحمية وكان عدد كرياتها الحمر قبل الاسقاط ببيعة ايام ٢٨١٠٠٠٠ ومعدل خضاب الدم ٤٥٪ . فبط عدد الكريات في اليوم الثاني للاجهاض الى ١٣٠٠٠٠٠ وخضاب الدم الى ٣٥٪ . فكان قد خسرت ٢٠٪ من دما اي ما يعادل اللتر بيد ان المرأة المفصودة لم تخسر كما ذكرنا الا ٣٥٠ سم . وان الفصادة التي اجراها المؤلفون لدليل قاطع على ان استخراج الدم نفسه خافض للحرارة فلا عجب اذا ما فعل النزف المعوي هذا الفعل نفسه غير انه يختلف عن الفصادة بقاء الدم في الامعاء مدة وباعداده يثة موافقة لبنت الجراثيم ولهذا تعود الحرارة الى الارتفاع بعد هبوطها التالي للنزف غير ان الحمية المائتة التي تفرض على المريض في ظرف كهذا تأتي عوناً للنزف على اسقاط الحمية .

وأما مسألة المناعة فيستطاع تعليلها بكون القصادة تحرك فجأة المواد المنعة فلا يخفى أن كل ضياع دم يبيضه الجسد في أقل من نصف ساعة بدخول سائل، بغائل تركيبه تركيب مصورة الدم ولكنه خال من الهوليئات، للدوران الدموي . ويأتي هذا السائل من الأنسجة أو من السوائل المحيطة بها . ولعل في هذا السائل مواد منعة تدخل البدن فجأة وتغزو الدوران . أن هذه المسألة لم تدرس حتى الآن حق الدرس . وجل ما نعلم عنها أن معدل التراص يختلف بعد القصادة ، فهو يملو بعدها غير أن هذا لا يكفي لإيضاح مسألة المناعة .

ولكن الأمر الذي لا شك فيه هو أن فعل القصادة حسن في سير الحمى التيفية .

وإذا ما قابلنا فعل الحمى المائية الناجع بفعل القصادة فضلنا في الممارسة الحمى على القصادة لأن القصادة تفقد الجسد كمية من الدم لا غنى لمريض مصاب بالتيفيه عنه . يد أن الحمى لا تفقد المريض شيئاً وخير للمريض ، على ما نرى ، أن يحصل على الشفاء في خلال ٣ - ٤ أيام من أن يحصل عليه في خلال يوم واحد بعد أن يكون قد فقد من دمه مقداراً لا يستهان به .

وإذا لم يكن للقصادة في المعالجة ذلك الشأن فإنها كبيرة الفائدة من الوجهة العلمية ولا سيما بأمر المناعة .

٠ م خ .

لمحة عن معالجة خراجات الرئة

غير خافٍ أن الكثير من خراجات الرئة في يومنا هذه عفواً أو بعدان
بالمعالجة الدوائية فقط الى الشفاء .

ويتبدل معدل شفاء الخراجات المعالجة بالطرق الدوائية من ١٠ - ٦٠٪
بحسب الاحصاءات غير انه اكثر في الخراجات الناجمة عن العوامل المقيحة
العادية . ومهما يكن فإن الامل بشفاء خراج الرئة بالمعالج بالطريقة الدوائية
كبير في هذه الآفة فلنجرب وليتبدأ بها دائماً . غير ان هذا الزمن الذي نمده
زمن البدء حيث المعالجة الدوائية ناجمة في الخراجات ، يختلف كل الاختلاف
بحسب الحادثات .

ولا يجوز الاتجاه الى وسائل اخرى جراحية قبل اخفاق المعالجة الدوائية
التي تجب المثابرة عليها لا اقل من شهرين الى ثلاثة اشهر . واذا افضت
المعالجة الدوائية الى الشفاء فالمثابرة على المعالجة واجبة ، حتى متى تمَّ الشفاء
بسرعة ، اجتناباً فنكس .

ولسنا نرمي في هذا المقال المختصر الى ذكر طرائق المعالجة الدوائية
بل نحصر بحثنا في ثلاث منها فقط :

حقن الوريد بالكحول

حقن الوريد بمجاولاة الصوده او استعمالها بطريق الهم
رفع الحرارة بالدملوكوس او بالزيت المكبروت .

١ - حقن الوريد بالكحول : اول من استعمله في معالجة خراجات الرئة هو لندو (Landu) ثم استعمله بوروز (Puroz) في المفونات العامة والمحاليل المستعملة كثيرة : أ - محلول قوامه جزء من كحول درجته ٩٥ وجزءان من مصلى سكري زائد التوتر نسبته ٣٠ ٪ .
ب - محلول قوامه جزء من كحول درجته ٩٥ واربعة اجزاء من مصلى ملحي متعادل التوتر

ج - محلول قوامه جزء من كحول درجته ٩٥ وجزءان من مصلى ملحي غريزي . وهذا المحلول الاخير هو محلول لندو مبتدع هذه الطريقة .
يحقن الوريد يومياً من هذا المحلول بعشرين سم ٣ ويثابر على الحقن خمسة عشر يوما وتعاد هذه السلسلة اذا قضت الحالة بعد فترة قوامها خمسة عشر يوماً ويحتمل المرضى جيداً هذه الحقن فلا يصابون باقل دعث ولا بافآت وعائية او عصبية . ولا تصلب هذه الحقن الاوردة غير انها تحدث ألماً متشعباً على مجرى الوريد لا يستمر اكثر من بضع دقائق .

٢ - جارات الصوده : تستعمل جارات الصوده التي تبيع المفرزات القصية الرئوية بطريق الهم او الوريد . فاذا استعملت بطريق الهم اعطيت منها اربعة غرامات في اليوم حين استعمال سلسلة الحقن الوريدية بالكحول . واذا استعملت بالطريق الوريدي حقن منها الوريد في اليوم بقرام واحد وكان عدد السلسلة ١٥ حقنة واستعملت بعد سلسلة حقن الوريد بالكحول ويفعل غرام من جارات الصوده بطريق الوريد اكثر مما تفعله اربعة غرامات منها بطريق الهم فاستعمالها بهذه الطريقة افضل وانجح .

وهذه الحقن غير مؤلمة ولا تصلب الوريد غير انها تحدث عادة حس سكرٍ موقت وحرارة شديدة يزول أثرها باقل من ربع ساعة .

وتتبع عادة في الممارسة الطريقة التالية : تستعمل في البدء متى كانت العوارض العفنة شديدة حقن الكحول ومتى خفت الاعراض وانتهت سلسلة الحقن الكحولية تبدأ سلسلة الحقن الجاوية .

٣ — رفع الحرارة : هو طريقة مساعدة للطريقتين السابقتين في معالجة خراجات الرئة . ويستعمل متى عادت الحرارة طبيعية او قريبة منها ومتى طال سير المرض ولم تنضب القشاعات ولم تحسن حالة الرئة تحسناً يذكر بالرسم الشعاعي .

وترفع الحرارة اما بحقن الوريد بالدملكوس (Dmelcos) او بحقن تحت الجلد بالزيت المكبوت . وتستعمل الجاوات في الوقت نفسه . ان رفع الحرارة هذا يغضي في كثير من الاوقات الى تقصير مدة المرض وتحسين حالة لا اتجاه لها الى الشفاء .

اما الآن وقد ذكرنا هذه الطرائق الثلاث فلا بد لنا من لفت الانظار الى طرز الغذاء وهو ذو شأن كبير .

لا يخفى ان المرضى المصابين بخراجات الرئة هم في الغالب قبان او كحول وان هذه الآفة مديدة السير ومؤذية للحالة العامة وان المعالجة الدوائية قد تحجب فيها فتستدعي الحالة المعالجة الجراحية وان هذه العملية صادمة .

فاستناداً الى ما تقدم يجب تغذية هؤلاء المرضى تغذية حسنة لثلاثين قواهم ، فيعطون كميات كبيرة من السكر والنشويات ووقتئذ من اللحم

يومياً . ولا يبدل هذا المرتب التذائي حتى متى كانت العقوة شديدة لانه خير واسطة لدعم الحالة العامة .
اضف الى هذه المعالجة الدوائية التي ذكرناها المعالجات الاخرى العادية المسكنة للسعال والمقوية للحالة العامة والقلب .
ان هذه الطريقة تنفي في كثير من الحالات عن المعالجة الجراحية وتفضلها لانها خالية من الخطر .

....

ولا بد بهذه المناسبة من التنويه بفعل الحرارة الاصطناعية في معالجة تقيح الجنب متى طال امده ولم ينضب الصديد بعد خزع غشاء الجنب يصاب شخص بذات الجنب المتقيحة فيخزع غشاء جنبه ويفجر جيداً فتخف الاعراض الحادة وتحسن الحالة غير ان التقيح يستمر اشهر أو لا ينضب الصديد مع ان التقيح يقع في اسفل نقطة من غشاء الجنب . فاذا ما نشط دفاع البدن ورفع الحرارة الاصطناعي كانت النتيجة حسنة . وحقن الوريد بالدماكوس مرتين في الاسبوع يفضي في بعض من الحالات الى اندمال الجرح باقل من ثلاثة اسابيع .

م . خ .

معالجة سلس البول الذاتي

كثيرة هي المعالجات المقترحة لسلس البول الذاتي نذكر منها : تبديل حالة البول ، ادوية عصبية ، توسطات او معالجات بولية موضعية ، تأثيرات نفسية ، حتى ان بعضهم قد اقترح في احدى الجمعيات الطبية الجراحية مؤخراً استعمال الوخز الابري (acupuncture)

وان داء تفعل فيه هذه الوسائط المختلفة لا يستطيع ان يكون آفة حقيقية كما ان تعدد هذه الوسائط في معالجته دليل على انه ما من واحدة منها كافية. ومن يطالع المجلات والمؤلفات يرى ان كل مؤلفٍ يطب في نوع من المعالجة ويمدد ما لاقاه من النجاح في استعماله .

واننا نرغب في هذا المقال ان نبين الطريقة التي يتبناها موديسه في معالجة مرضاه لانها الفضلى على ما نرى . ونحصر هذه الطريقة في اربعة امور :

- ١ - اخذ بعض من الاحتياطات المفيدة
- ٢ - معالجة ما نتجب معالجته في الحالة العامة
- ٣ - التأثير في العنصر العصبي
- ٤ - واخيراً معالجة اختلال توازن البول الحامضي القاعدي ولهذا الامر شأنه الكبير .

١ - الاحتياطات : فثمان

أ - الاحتياطات الصحية : وتقوم بتقليل السوائل ما امكن بعد الساعة

السابعة مساءً فيحذف من طعام العشاء المرق والحساء والحليب ولا يسمح للولد بشرب أكثر من قدح واحد بعد ذلك العشاء تخفيفاً لكمية البول المعزز.

وبتعيين الساعة التي يلقي فيها الولد بوله اللارادي وتقع غالباً بين الساعة الحادية عشرة ليلاً والواحدة صباحاً فينبه من نومه قبل ذلك الميعاد بنصف ساعة. ان هذا الاحتياط الذي قد لا يجدي تعاماً في البدء ينبه المصرة للقيام بعملها.

وبمباشرة الولد عيشة منتظمة هادئة بعيدة عن تعب الجسد والعقل والتعبه ويشار على الطفل بضبط بوله ما أمكنه في النهار ترويضاً لمصرته. ويعطى عشاءه ويأوي الى فراشه في ساعات معينة.

وبالحمامات الحارة والمبشرة في الهواء الطلق والاستحمام التي لا تخلو من الفائدة

الاحتياطات النفسية: ان لهذه الاحتياطات شأنها في المعالجة

يوصى والدا الطفل بالامتناع عن توبيخه او تشهيره امام الآخرين والا ازداد تنبيه واستفعلت عفته. وتمدد ليالي الطفل الرطبة ولياليه الجافة ويحجب التكلم عنها مع الولد. وعليهما ان يقبلا المعالجة التي يشير بها الطبيب غير معترضين على خبيتها في الآخرين او على طول مدتها (فان سلس البول يستدعي اسبوعاً الى ستة اشهر قبل ان يشفى)

وعلى اقارب الطفل (اخوته واخواته وجديه والحدم) ان يلاطفوا الطفل ويراعوا الاحتياطات المذكورة آنفاً واذا دخل الطفل المدرسة فعلى

الافدرين علاج نوعي لسلس البول . واذا لم يكن هذا العلاج نوعياً فان تأثيره في المصرة لا ينكر . وان الاسر (انحباس البول) الذي قد يطرأ على كهل بعد اخذ هذا العلاج لا كبر دليل على فعله في المصرة ، وزوال الاسر بعد قطع العلاج لا يدع مجالاً للشك بكونه سبب هذا الاسر .

وبعد ان تراعى هذه الاحتياطات جميعها وتراقب هذه الامور في الطفل تبدأ المالمجة الخاصة وهي تبديل حالة البول :

فاذا كانت الحموضة شديدة يعطى الولد ماء فيشي (قدح) مع طعام الظهر والبيارزين صباحاً وقبل طعام الظهر ولا يعطى شيئاً مساءً تخفيفاً لكمية السوائل كما ذكرنا .

ويكفي بعض من المؤلفين بماء فيشي غير انه لا يكفي لتعديل حموضة البول كما اثبتت مشاهدات كثير من المرضى فاعطاء مادة اخرى قلوية معه مفضل .

واذا كان البول قلوياً يحمض فيعطى الحامض القوي الفوسفوري الطبي وخير منه الفوسفوروم وجرعته معلقة حلوى او معلقة كبيرة صباحاً وظهراً بحسب سن المريض واذا كان الولد صغير السن يعطى منه ٢٠ - ٤٠ قطرة .

وتراقب حالة الحموضة او القلوية في البول طيلة المالمجة حتى اذا شذت عن معدلها الطبيعي (الواقع بين ٥.٨ و ٦.٢ pH) اعيد البول الى هذا المعدل .

ولكن ايكفي تعديل البول للحصول على نتيجة اكية ؟ لا . غير ان مصدر الحمية في معظم الاوقات هو اهمال المالمجة او عدم انتظامها . فعلى

المريض ان يطيع طبيبه طاعة عمياء منصاعاً لارادته فاذا نجحت المعالجة كان عليه ان يثابر عليها زهاء شهر بعد الشفاء ثم تخفف المعالجة تدريجياً بقطع علاج واحد في الاسبوع الاول فالمعالج الثاني في الاسبوع الثاني فقطع العلاجين معاً اسبوعاً واحداً والمودة اليهما اسبوعاً ثم قطعهما باتاً وثابر على مراقبة pH البول الذي يتجه الى الاقتراب من الحالة الطبيعية .

ولا يقال ان الطفل قد شفي قبل ان يمر شهر على انقطاع سلسه .
ولتسكلم الآن عن المعالجة الجراحية اي الحقن العجزية والمجانبة حين اخفاق المعالجة الدوائية .

الحقن العجزية : ان طرز اجرائها معروف : يبحث الطفل على ركبته وتجلس قترزة العجز وتتبع من العالي الى الاسفل حتى يصادف انخفاض مثلك قاعدته سفلى تحده في العالي سنسنة (الناقه الشوكي) الفقرة الرابعة العجزية وفي الاسفل والجانبين البراعم غير المتلحمة للسنسنة العجزية الخامسة .

تصنع الحقنة في هذا المثلث فبعد ان تغرز الابرة (ابرة طولها ٦ - ٧ سنتيمترات قصيرة البرية) تحت السنسنة العجزية الرابعة بضعة ملاترات لتخترق الغشاء العجزى المصعصي تخفض ثم تدفع فتدخل القناة العجزية زهاء ٤ - ٦ سنتمترات . وبعد ان يتحقق الطيب ان الدم والمائع الدماغى الشوكى لم يخرج من الابرة يحقن القناة العجزية بالمعالج .

ولا تخلو هذه الحقنة من بعض الموادض : وخز وريد ، خروج المائع الدماغى الشوكى ، طرق كاذبة غير ان اجتبابها سهل ولا خطر من هذه الحقنة البتة .

اما المادة المحقون بها فهي ٥٠ - ١٠ سم ٣ من المصل الفريزي . وتماد الحقنة في كل اسبوع واذا صنعت الحقنة السادسة ولم تظهر فائدة تقطع الحقن الحقن الجانية تقوم بحقن ٥٠ - ٨٠ سم ٣ من المصل الفريزي في كل من جانبي الحط النصفي للعجان في جوار المصرة الفشائية . تنغرز الابرة في منتصف مثلث تحده في الوحشي الشعبة الوريكية المانية وفي الانسي الحط المتوسط وفي الورا الحط بين النوركين وتوجه الابرة الى العمق حتى يقترب طرفها من المصرة . وتصنع الحقنة في النبات الى جانبي الفرج حتى يذهب السائل الى جانبي الاحليل امام المهبل .

ومتى نجحت الحقن العجزية فملت على ما يرجع بطريق انكباسي فان ألم الحقنة والخوف من سواها يملان في هذه الآفة النفسية فملاً حسناً .
وليمتنع عن حقن القناة العجزية بالمواد المخروشة فان المصل الفريزي والليبيدول فقط جائز استعمالهما في حالة كهذه .

٢٠٢ خ .



طرز العمل في تحري الزمر الدموية

للميم انور دويدري الطيب الشرعي بحلب

تقوم طريقة العمل لتحري تفاعل التراص على اساس مزج المصل المعروف الهوية بالكريات الحمر المراد معرفة زمرتها وفي ذلك طرائق عديدة اهمها الطريقتان التاليتان :

١ - طريقة بيت ، فانسان (Beth , Vincent) وهي :

توضع على احد طرفي صفحة مجهرية (lame) قطرة من مصل (Beta) « وهو مصل دم زمرة A » وتوضع على الطرف الآخر قطرة من مصل (Alpha) « وهو مصل دم زمرة B » ثم توضع على كل من هاتين القطرتين قطرة واحدة من الدم المراد فحصه والمأخوذ بوحز لب الاصبع للشخص المداد تحري زمرة ويترك المزيج دقيقتين او ثلاث دقائق ثم تقرأ النتيجة. فهي ايجابية اذا تكتلت الكريات ككتلات صغيرة غير منتظمة ، وسلبية اذا بقي المزيج متجانساً بدون تكتل او تراص فان حصل التراص بمصل (Beta) فالدم المفحوص هو من زمرة (B). وان حصل بمصل (Alpha) فهو من زمرة (A) وان حصل في الاثنين معاً فهو من زمرة (AB) ، واذا لم يحصل في كلا المصلين فهو من زمرة صفر .

٢ - طريقة فون دونغرن وهيرزفيلد (M . Von Dungern , Hirzfeld)

وهي شبيهة بالطريقة السابقة تماماً ولكنها تجري في انايب تجربة صغيرة

عوضاً عن إجرائها على الصفحة المجهرية . وذلك بأن يوضع في كل انبوب قليل من الدم الممدد بمحلول مضاد للتخثر « ليمونات الصوده » بنسبة لا تنقص عن ١٪.

ثم تقطر على واحد منها قطرة من المصل الراص (Alpha) وعلى الآخر قطرة من المصل الراص (Beta) . ويزاد على هذين الانبوبين انبوب ثالث يضاف اليه المصل الغريزي وهو شاهد يجب ان يبقى متجانساً . وتترك الانابيب الثلاثة مدة دقيقتين او ثلاث دقائق في حرارة معتدلة ثم تقرأ النتيجة كما في الطريقة السابقة .

على ان كلاً من هذه الطرق تستلزم الدقة في العمل والانتباه لبعض التحفظات الضرورية لاجتناب الخطأ والاحتراز من التغيرات الموهمة للزمرة الدموية وقد لفت كل من دوفور (Dufort) ومارتن (Martin) وانا شايرون (Anna Schapiron) ، وهوغنين (Huguenin) وديلاج (Delage) النظر الى الامور الآتية :

١ - ضرورة استعمال كريات حمر حديثة مخلقة في محلول مناسب ومعتدلة الكثافة ١٪ .

٢ - استعمال مصل راص وماير وخفيف التمديد بنسبة $\frac{1}{4}$ او $\frac{1}{5}$.

٣ - مزج مقادير متساوية من المحلولين وفي حرارة جوية معتدلة

استعمال الزمر الدموية في الطب والطب الشرعي
(Application des groupes sanguins en medecine
et en medecine légale)

بعد معرفة ما تقدم من خصائص الزمر الدموية وافعالها وبعد كشف النقاب عن سر هذه التفاعلات اصبح بالامكان الاستفادة منها في الطب العملي والجراحة خاصة لدرء الاخطار التي كانت تنجم عن نقل الدم في معالجة النزف الحظري . واصبح من السهل تحري الدم الذي يوافق دم التزيف فينقل اليه دون خطر او وجل وذلك بالطريقة الآتية الذكر التي لا تستغرق اكثر من بضع دقائق .

اما في الطب الشرعي فقد اعطت دراسة الزمر الدمية نتائج قيمة جداً وقامت بخدمات جليلة لكشف كثير من الفواض وحل كثير من المشكلات واهم هذه الأمور تنحصر في قضيتين اولاهما تتعلق بخصائص الزمر الدمية الوراثية وتفيد في تحري الأبوة والبنوة والامومة . اما الثانية فتتعلق بالخواص الطبيعية للزمر الدمية من حيث ثباتها وتحقق شخصيتها وتفيد في معرفة منشأ الدم المشتبه به وتعيين صاحبه .

نعم ، لا سبيل الى التكرار ان هذه الطريقة ما زالت عاجزة عن حل كثير من المشاكل والقضايا ومع ذلك يستفاد من نتائجها القطعية في الاحوال البلية فيمكن الجزم مثلاً ان الرجل X لا يمكن ان يكون أباً لولد S بفضل هذه الطرق . على ان الدرس المتواصل والتجارب المتتابعة سوف تمكن الباحثين حتماً في الزمن القريب او البعيد من الاهتداء الى السبل الواضحة لكشف النقاب عن كل غموض وابهام .

الأمر الأول : وراثه الزمر الدمية وتحري الأبوّة . L' hérédité des

groupes sanguins et recherche de la paternité - ان الحصاص

الدمية الثابتة طيلة الحياة التي تميز الزمر الدمية بعضها عن البعض الاخر تنتقل بالوراثة من الآباء الى الابناء شأن بقية الصفات الشخصية التي تنتقل من السلف الى الخلف بصورة مباشرة او برجحان صفات احدا الأبنين على صفات الآخر كما ذكر داروين ، في قوانين الوراثة المباشرة وقوانين الرجحان (prédominance) وقد ذهب ماندل (Mendel) - الذي دفعته عبقرية سنة ١٨٦٥ الى تعداد الجيوب الناتجة عن الحص الملقح بانواع اخرى من الحص تختلف حجماً ولوناً والمغروس في بستان الدبر الذي كان يقيم فيه - الى وجود نسبة حساية بين عدد الجيوب المختلفة حجماً وشكلاً والمتصدرة من ذلك الثبت الملقح من غير نوعه ، والى ان هذه النسبة ثابتة لا تكاد تتغير . وان الصفات المتقلة بالوراثة على هذا الشكل قد تكون في غالب الأحيان جلية واضحة فتسمى الصفات المتغلبة او الظاهرة وقد تكون خفية كامنة فتسمى الصفات الضئيلة او الكمية .

فاذا كانت الصفات الشخصية تنتقل هذا الانتقال الوراثي فليس من الغريب او العجيب ان تنتقل الحصاص الدموية - التي هي في الحقيقة كنه تلك الصفات وسر مصدرها - انتقالاً وراثياً من الآباء الى الابناء بصورة لا تقبل الجدل على ان فون دوترن وهيرزفلد قد اثبتا بالاختبار والاحصاء ان صفات الكريات الحمر وزمرها تنتقل بالوراثة من الآباء الى الابناء خاضعة بانتقالها لقانون ماندل بما فيه من تغلب وضئالة . فالعناصر B و A التي هي منشأ الزمر

الدمية تكون بالانتقال الوراثي ذات صفات متغلبة . واما فقدان هذه العناصر «٥» فهي الصفة الضئيلة .

وتخضع وراثية هذه الصفات للنسبة العددية المروقة في غط يزوم (Pisum) الوراثي وهي ٧٥٪ للصفات المتغلبة ، ٢٥٪ للصفات الضئيلة . فوجود صفة متغلبة في دم الولد مثلاً يقضي حتماً بوجودها في دم احد الابوين ومعنى ذلك انه اذا لم توجد احدى الصفات المتغلبة A او B في دم أحد الابوين فلا يمكن وجودها في دم الولد ابداً .

ولسهولة الفهم يمكن ان نحصر ما لدينا من المعلومات الحديثة في ما يلي :
١ - اذا كان كل من الابوين من زمرة A او B فلا ولاد يكونون من الزمرة نفسها ويحملون الصفة المتغلبة او لا يكونون منها ويحملون الصفة الضئيلة وذلك بالنسبة المذكورة سابقاً ٧٥٪ ، ٢٥٪ .

$$A + A = A, A, A, O \text{ او } A, A, A, A$$

$$\frac{75}{100} \text{ } \frac{25}{100}$$

$$B + B = B, B, B, O \text{ او } B, B, B, B$$

٢ - اذا كان احد الابوين من زمرة A او B والآخر من زمرة O فالصنة المتغلبة توجد في جميع الاولاد او في اكثرهم .

$$A + O = A, A, A, O \text{ او } A, A, A, A$$

$$B + O = B, B, B, O \text{ او } B, B, B, B$$

٣ - اذا كان كل من الابوين من زمرة O فلا ولاد كلهم من الزمرة نفسها .

$$O + O = O.O.O.O$$

٤ - اذا كان احد الابوين من زمرة A والآخر من زمرة B يكون الاولاد من الزمر الاربع

$$A + B = A.B. A.B.O$$

٥ - اذا كان احد الابوين من زمرة A B والآخر من زمرة O استطاع الاولاد ان يكونوا من الزمر الاربع

$$AB + O = A.B.A.B.O$$

وذلك على رأي دوترن وهيرفلد وخالقهم برنستين (Bernestein) في ذلك

.. فقد ذهب كل من دوترن وهيرفلد الى انه يمكن ان تتولد الزمر الاربع من اثنين من الازواج (deux couples) حاملة عناصر الوراثة «Allemorphe» في مادة الكروموزوم من خلاياها المنشئية وخاضعة في الوقت نفسه لقوانين المندلية .

اما برنستين (Bernestein) الذي اقام في السنة ١٩٢١ باعماله وتحرياته المستندة الى اسس رياضية فانه يجاري المؤلفين المذكورين فيما ذهب اليه من انتقال العناصر الموزوتية في المسكاب نفسه من كروموزوم الخلايا المنشئية، ولكنه يجالهما بامكان تولد الزمر الاربع من اثنين من الازواج حاملة للعناصر الوراثية فقط لانه لا يمكن التثبيت من صحتها بصورة فعلية. وعلى ذلك يقول ان الزمر الاربع يمكن ان تحصل من نتيجة تزاوج ثلاثة من الازواج الحاملة لعناصر وراثية (Allemophe) مختلفة «A.B.O» كما انه

بجاريهما فيما يتعلق بوراثنة الزمر $O \cdot B \cdot A$ ولكنه يخالفهما بوراثنة الزمرة $A \cdot B$ لزمرة O . فبالنسبة اليه :

$A = B + A$ او B ولا تنتج O ابداً وواقعه على ذلك هيرزفيلد بعد تحرياته الاخيرة .

يستنتج من هذا كله انه لا رادّ لنظرية التوارث للزمر الدموية وخير برهان يقدم لاثباتها ما يشاهد احياناً في الحمل التوأم وفي حوادث الالتحاق على الالتحاق بصورة خاصة (superfecundation) الذي يحصل في الانثى الملقحة بزمنين مختلفين ومن شخصين مختلفين بالزمرة ايضاً . فمن المعلوم في الحمل التوأم الذي تلقح فيه البيضتان في زمن واحد ومن رجل واحد يكون الحمل وحيد القيتلين والولدان من زمرة واحدة . اما اذا حصل القاح بعد القاح يضيئين من رجل واحد فالحمل يكون ثنائي القيتلين والولدان من زمرة واحدة ايضاً .

واذا حصل القاح على القاح ومن شخص آخر مختلف الزمرة يكون الحمل ثنائي القيتلين والولدان من زمرتين مختلفتين غالباً وقد شوهد مثل ذلك وهو دليل قاطع على حصول الالتحاق على الالتحاق من جهة وعلى توارث الزمر الدموية من جهة اخرى .

وقد ذكر هوسر (Hausser) ان محكمة استوكهولم المدنية فصلت في قضية من هذا النوع مستندة الى نتيجة التحريات الحيوية للزمر الدموية .

اما التوارث بالزمر $N \cdot M$ فهو ابسط فهماً مما تقدم بحسب اعتبار لاندستينر ولافين فالوراثنة فيها هي وراثنة متوسطة (intermédiaire) ليس

فيها صفات متغلبة ولا ضئيلة ذات عنصرين وراثيين يرمز اليهما بحرف $a \cdot A$ لا تغلب فيها ولا ضئالة . وعلى ذلك فالشخص الذي هو :

من زمرة $.... M$ هو مماثل البذرة $A A$ homozygot

والشخص الذي هو من زمرة N » » » » »

» » » » » $M.N$ » » » » » $A a$

وهذه العناصر متوضعة في الكروموزوم ايضاً ولكنه لا يوجد في كل كروموزوم من الخلايا المنشئة الا عنصر وراثي واحد ينتقل بالتوارث من الأبوين الى الابناء فمن ذلك يستنتج القانون الآتي :

«اخوان من زمرة M مثلاً لا يمكن ان يلدا ولداً من زمرة N وبالعكس، فيستفاد من هذه المعلومات لحل مشاكل الابوة والامومة والبنوة في حالة تبدل الاولاد .

١ - تحري الابوة (recherche de la paternité) - :

ليس من الممكن ان يجزم بان فلاناً اب طيمي للولد فلان لأنه يمكن ان يكون الابوان المشبوهان من زمرة واحدة او من زمر مختلفة يمكن ان يتحد ذلك الولد من كل منها فتلا ولد من زمرة O يمكن ان يتحد من عيلة من زمرة A ومن عيلة من زمرة B ومن عيلة $O \cdot AB$ والمخ كما تقدم ذلك على انه يمكن الجزم في كثير من الاحيان بنفي الابوة فيجزم مثلاً بان الرجل X لا يمكن ان يكون اباً للولد S وهذا يد نجاجاً كبيراً في هذا المضمار اذا علمنا انه يعطي نتائج قطعية في ثلث الحوادث تقريباً .

وقد بين مورو (Mourau) بناء على تجاربه واحصاءاته الاحوال التي

لا يمكن فيها الأبوّة في الجدول الآتي :

إذا كانت زمرة الأم : وزمرة الولد : فالأب لا يمكن ان يكون من زمرة

AB	:	O	:	O
B ولا	:	A	:	O
A ولا	:	B	:	O
AB	:	O	:	A
كل الزمر ممكنة	:	A	:	A
A ولا	:	B	:	A
A ولا	:	AB	:	A
AB	:	O	:	B
B ولا	:	A	:	B
كل الزمر ممكنة	:	B	:	B
B ولا	:	AB	:	B
كل الزمر ممكنة	:	A	:	AB
» » »	:	B	:	AB
O	:	AB	:	AB

اما باعتبار الزمر $N \times M$ بالنظر للاندستينر فتكون النتيجة كما يلي :

اذا كانت زمرة الام	وزمرة الولد	غالاب لا يمكن ان يكون من زمرة
M	M	N
MN	M	N
N	N	M
MN	N	M
M	MN	M
N	MN	N

ان تحري هذه التفاعلات الحيوية والرجوع الى تعيين الزمر الدمية لاثبات الابوة او عدها قد انتشر انتشاراً واسعاً في البلاد الالمانية التي سبقت غيرها في هذا المضمار وابعاح القانون الالماني الاستناد الى النتائج المجتاة من هذه الطريقة بل جعل تحريها من الامور التي لا غنى عنها . فقد فصلت الحاكم المدنية الالمانية فيما يزيد عن الخمسة آلاف من دعاوي اثبات الابوة سنة ١٩٢٩ مستندة فيها كلها الى تحري الزمر الدمية . وفصلت سنة ١٩٣٤ في ثلاثة آلاف دعوى من هذا القبيل ايضاً . على ان السؤال الذي يوجه من قبل الحاكم قانونياً هو كما يلي : (الا يمكن جلياً ان يكون السيد X اباً طبعياً لولد ؟) . وقد تسرب انتشار هذه الطرق الى البلاد المجاورة فشناع استعمالها قانونياً في الدانمرلك وسويسرة والنمسة وتشيكوسلوفاكية والبلاد السكندنافية

اما في امريكة في الولايات المتحدة والبرازيل فقد ابتدى حديثاً بدرس هذه الطرق والنظر اليها بعين الاهتمام والاعتبار .

اما في البلاد اللاتينية حيث يسيطر قانون نابوليون (Code Napoléon) فلم يعترف بعد بقانونية هذه الاختبارات والاستناد اليها . وقد ابدى مؤخراً بالرجوع اليها ولكنها ما زالت محدودة جداً . فقد نشرت الصحف الفرنسية سنة ١٩٣٧ الماضية باحرف بارزة اول طلب لهذا الاختبار توجه المحكمة المدنية في نيس بصورة قانونية الى الخبراء الفنين ، لتعين الزمرة الدموية ومعرفة حقيقة الأبوّة وذلك في ١٧ تشرين الثاني سنة ١٩٣٧ .

على ان ليوانت (Lepointe) ذكر الجمعية الطبية الشرعية الفرنسية ان محكمة السين المدنية كانت طلبت تطبيق هذا الاختبار في احدى دعاوي اثبات الولادة منذ تشرين الثاني سنة ١٩٣٥ .

اما ايطاليا فهي الدولة اللاتينية الاولى التي اعترفت بهذا الاختبار بتأثير العالم « لات » (Latte) الذي بذل كثيراً من الجهود في هذا الصدد . وقد اجتمعت محكمة التمييز الايطالية في جلستها في ٣ شباط سنة ١٩٣١ على قبول الطلب وتطبيق هذا الاختبار والاستناد اليه . وكانت الدعوى الاولى التي حكم فيها بناء على نتيجة تحري الزمر الدمية هي التي اقامها ترويانى (Troiani) على شونفيلد « Schonfeld » .

اما في بلجيكا فقانون اثبات الابوة المعدل سنة ١٩٠٨ اوسع حرية من القانون الفرنسي وقد ترك الامل كبيراً بإمكان الالتجاء الى اختبارات الزمر الدمية التي عم انتشارها بسبب الجهود الكبيرة التي بذلها مورو (Mourau) في هذا الصدد وبفضل النتائج القيمة التي ادت اليها اختباره الواسعة .

٢ - تحري الامومة (recherche de la maternité)

ان هذا التحري لا يختلف في شيء عن تحري الأبوة ولكنه اقل حدوثاً وقلماً يحتاج اليه الا في حوادث سرقة الاولاد كأن تسرق امرأة ولداً وتدعي انه ابنها . او في حال بدل الاولاد كأن تستبدل الام ابنتها بولد اخرى او بالعكس وكل ذلك يحصل في قضايا الوراثة . وكذلك في قتل الاطفال (enfanticide) وادعاءات الاجهاض والحل.

٣ - تبديل الاطفال (L' échange d' enfants)

يندر جداً تطبيق تحري الزمر الدمية في هذا الصدد لندرة حصول هذا التبديل . على انه قد يحدث في مؤسسات الترية والتوليد ، كما ذكر ديجاريك وديلايفير وكوسوفيتش في الحوادث الآتي :

اخذت احدى المرضات ولدين حديثي الولادة لتفسيهما في الحمام ولم تعد تعرف بعد ان اختلطا لأية ام يعود كل منهما ، فأشكل الامر ولم تمد هناك طريقة لمعرفة ذلك الا اختبار الزمر الدمية .

ففي العيلة الاولى M كانت الام من زمرة A والاب من زمرة A ايضاً .
واما في العيلة الثانية P فكانت الأم من زمرة B والاب من زمرة A .
لما الأولاد فأحدهما كان من زمرة A فيمكن ان يكون لكل من هاتين العيلتين على حد سواء بحسب قوانين الوراثة :

$$A + A = A, A, A, O$$

$$A + B = A, B, AB, O,$$

اما الولد الثاني فكان من زمرة B فهو والحالة هذه لا يمكن ان يكون

للعيلة الاولى M بل هو للعيلة الثانية P حتماً .

فبدراسة القوانين الوراثية ووراثه العوامل B⁺A من جهة وبدراسة وراثه الحصاص M⁺ N⁺ من جهة ثانية يمكن التحقق في كثير من الاحيان من نقي امكان الابوة كما بين ذلك العالم (لات) حيث يمكن الحصول على نتيجة جيدة مرة في كل ست مرات بالاستناد الى الحصاص والزمر B⁺A على انه بالاستناد الى الزمر M⁺ N⁺ يمكن ان تنفي الابوة مرة من كل ثلاث مرات فعليه يمكن الحصول على نتائج اكيده بنسبة ٣٣ / وهذا نجاح كبير له شأن يذكر

واخيراً فدراسة الحصاص الاخرى H⁺G⁺P . مكنت العالم شيف (Schiff) ان يصنف المصول الى ١٤٤ صنفاً وراثياً ولا يزال ذلك قيد الجدل والبحث .

الامر الثاني: ثبات الزمر الدمية وتعيين منشأ الدم والطحخ الدمية :

(II^e fix . des groupes sanguins et le diagnostic individuel des taches de sang) :

انه من السهل في الوقت الحاضر ان يعرف منشأ الدم انسانياً كان ام حيوانياً بفضل الطرق المخبرية والتحريات المخبرية بدون الحاجة الى تعيين الزمرة الدمية . وانما الصعوبة هي في معرفة منشأ الدم الانساني الى اي شخص يعود من نبي الانسان ولهذا المعرفة شأنها في الحوادث الجنائية التي يكثر فيها التهمون والاطناء وهي ذات شأن ايضاً في معرفة هوية لطحخ الدم المشاهدة في اماكن الجريمة وعلى اثواب القاتل او المقتول وعلى الأسلحة المستعملة في الجريمة .

غير تكبير انه لا قيمة لكل من هذه التفاعلات اذا كان المتهمون كلهم من زمرة دمية واحدة ولكنها على العكس عظيمة الفائدة اذا اختلقت زمرةم وكثيراً ما تختلف وعلى ذلك يكون لبث الزمر الدمية شأن كبير وفضل عظيم .

على انه يجب ان لا يرب عن البال ان التكبير في اجراء سائر هذه الاختبارات لتعين هوية الطخ الدمية فائدة كبرى في ادراك النتائج الصحيحة لما قد يطرأ على الدم من طوارئ خارجية تفسده او تحجفه فتؤثر ولو تأثيراً ضعيفاً في القدرة الراسة للدم كما تقدم ذلك: فالتفسخ مثلاً يؤثر في الراسة اكثر مما يؤثر في مولدة الراسة (بالمباري Palmieri) ، وكذلك الحرارة فانها تفسد الراسة بالدرجة $60^{\circ} - 70^{\circ}$ (سيرا كوزا Siracusa) وتفسد مولد الراسة بالدرجة ١٠٠ فاكثر (لات Lattes) .

وكما تؤثر هذه الطوارئ الخارجية، فطبيعة الحامل للطخة الدم كالبطاشير والاشمنت ، الدهانات والمواد الملونة للانسجة والخ كلها تؤثر ايضاً في خاصة التراص الدموي . وهذا هو سر الخلاف بين المؤلفين على مدة احتفاظ الدم بقوة التراص : فبعضهم لاحظ ان هذه الخاصة تفقد من الدم بمرور ستة اشهر عليه ، في حين ان بعضهم ومنهم (لات) قد استطاع كشفها بعد مضي ثمانية عشر شهراً حتى بعد خمس سنوات ايضاً . ومهما يكن الامر فثبت الزمر الدمية في الشخص وعدم تحولها وتبدلها وثبات بقية الاوصاف الخاصة كل ذلك يسهل على المختبر ادراك النتائج ويفتح طريقاً الى الحقيقة في كثير من الاحيان وكما هو عليه الأمر في اثبات الابطوة

حيث لا يمكن الاعتماد الا على النتائج السلية فها ايضاً لا يعتمد الا على النتائج السلية فان وجدت لطفة دم مثلاً على اثواب مشتبّه بجرعة او متهم بقتل ولم يكن دم تلك اللطفة من زمرة دم المقتول امكن دفع الشبهة عنه لاسيما اذا كانت هذه الشبهة ضعيفة .

وعلى كل في الحوادث الجنائية يجب الالتفات الى الامور الآتية :

أ - : تعيين هوية الجثة المصلية ومعرفة الزمرة التي هي منها ،

ب - : تعيين الهوية المصلية للطفة الدمية ومعرفة زمرتها .

ج - : تعيين الهوية المصلية والزمر الدمية لسائر الاشخاص المتهمين .

اما طريقة العمل لتعيين هوية الجثة المصلية فلا تختلف في الاموات عنها في الاحياء ابداً ويجب التبكير فيها ما امكن قبل حصول الحادثات الرمية (phénomènes cadavériques) وتتبع فيها الطرق الآتية الذكر . طريقة بيت - فانسان او فون دونفرن وهيردفلد .

ويعتبر تعيين هوية الجثة المصلية من الامور الضرورية اللازمة لكل جثة

تفتح . فكما يستلزم فتح الجثة فتح الاجواف الثلاثة فهو يستلزم تعيين الزمرة الدمية لها وهو قانون مرعي في البلاد البافارية ولم يراع بعد في غيرها على ما نعلم على ان اكثر علماء الطب الشرعي ان لم يقل كلهم اصبحوا يميلون الى التسليم بهذه النظرية والاعتراف بفضائلها ما زالت خالية من المحاذير .

واما تعيين هوية اللطفة الدمية ومعرفة زمرتها فيكون اما بتحري الراصة

(agglutinine) او بحري مولدة الراصة (agglutinogène)

١ — تجري الراسة : يمكن ذلك اذا كانت اللطخة حديثة العهد لان الراسة سريعة الفساد قليلة المقاومة كما تقدم وفي تجريها طريقتان :

أ : طريقة « لاندستينر » ، ويختار « التي عدلها » لات « Methode de Landsteiner Richter modifiée par Lattes » وهي تطبق على اللطخ الكبيرة .

اما العمل فهو ان يضاف قليل من الدم اليابس المأخوذ من اللطخة المراد فحصها الى محضر مجبري لحلول معلق « en suspension » للكريات الحمر النموذجية اي المروقة الزمرة A و B وتقرأ النتيجة بعد بضع دقائق فان حصل التراص بالكريات فالمصل العائد للطخة المفحوصة يحوي الراسة (alpha) وعليه تكون كريات الحمر من زمرة B . واذا حصل التراص بالكريات B كانت في المصل الراسة (Beta) وكانت الكريات من زمرة A .

ب — طريقة لات (Lattes) : وهي تطبق على اللطخات الصغيرة جداً .

اما العمل فهو ان تمطن اللطخة بقليل من الماء المقطر ثم تبخر على حرارة خفيفة ثم تمزج بالماء المقطر ثانية ثم تبخر وهكذا تكرر العملية خمس او ست مرات ثم تعامل بعد التبخير الاخير بمحلول معلق للكريات الحمر النموذجية « المروقة الزمرة » وتقرأ النتيجة كما في الطريقة السابقة .

ولا يفرن عن الذهن انه يلزم اجراء « التجربة الضدية » التي هي للمراقبة والتحقق من صحة النتيجة : وهذه التجربة هي تجري التراص بين اللطخة المشتبه بها وبين الكريات الحمر العائدة لزمرة O التي لا تحوي مولدة الراسة والتي يجب ان لا ترص بسم تلك اللطخة المشتبه بها ، والا فيمكن الجزم ان

هناك دماً حيوانياً قد اضيف الى تلك اللطخة .

وليحتراز وليتنبه لاجتناب اسباب الخطأ . واهم ما يشوش هذه النتائج هو التراص الكاذب (pseudo-agglutination) الذي يمكن اجتنابه باستعمال ادوات معقمة ومحلول كروي جديد التحضير بنسبة ٠.٥ ٪ في المصل الصناعي او في محلول « روكس » (Roux) الذي يمكن ان يضاف اليه شيء من الفورمول بنسبة ٥ ٪ لتلا يفسد .

ويجب اجتناب التتضد الكروي ايضاً وذلك باستعمال محلول ليسبني . واخيراً يجب ان تطبق هذه التفاعلات في حرارة جوية معتدلة لا تزيد عن ٢٠°

ب — تحري مولدات الراسة agglutinogènes

يطبق هذا التحري على اللطخ الدمية القديمة جداً لان مولدة الراسة لا تفسد بجفاف الدم ولانها تحتفظ بخصائصها الفعالة مدة طويلة ولو كانت الكريات الحمر نفسها تفقد خاصة التراص بالتجفف وقدم العهد ولذلك تتبع في تحري مولدة الراسة هذه طريقة غير مباشرة وهي تجري كما يلي :

تسحق اللطخة المراد فحصها سحقاً طاعماً ثم يضاف اليها قليل من المصل الغريزي وكية مساوية لكمية المصل من مزيج كل من مصل Alpha و Beta ويترك الجميع في الثلجة ساعة واحدة فتعدل مولدة الراسة الكاثنة في الكريات الحمر المائدة الى اللطخة المراد فحصها ما يوافقها من الراسة ويبقى الآخر حراً فلمعرفة الراسة الحرة تعامل على التوالي بمحلول معلق لكريات حمر نموذجية A و B فتعرف هوية تلك الراسة الباقية وهوية الراسة المعدلة بمولدة الراسة الكاثنة في تلك اللطخة فاذا كان المصل المعدل هو (alpha)

فالكريات الحمر لللطخة هي من زمرة B وبالعكس .

تعيين هوية الطلخ غير الدمية : identification des taches non sanguines

ليست خصائص الزمر النوعية لمولدة الراسة خاصة بالدم فقط بل هي موجودة في بقية سوائل البدن كالمني مثلاً كما بين «ياما كامبي ولاندستينر» (Yamakami et Landsteiner) وفي المظلم والغضاريف والفقرات كاللعاب والبول والمخاط المعدي والأنثي والمهبل وفي العرق والبن واللباء والدموع، وفي النخط (السائل الأمنيوسي) والسائل الدماغي الشوكي والخ... وقد تمكن الباحثون بفضل الطرق العديدة والوسائط الدقيقة من الاتيان بالعجائب والدهشات في كشف القناع عن كثير من الغوامض. فقد عرف لات (Lattes) وهاراغوتي (Haragutti) زمرة الشخص الحلوية من الآثار الذي يتركه من اللعاب على عقب السيارة ، كما عرف ذلك العالم كريستنسن (Christensen) من لطخة بول على السراويل في حادث اقتضاض بكاراة وتمكن هيرزفلد وآمزل (Hyrzfeld-Amzel) من معرفة زمرة الشخص الحلوية ايضاً بيقع العرق والمواد الدهنية . وتمكن دل كارديو وجيوردانو (Del Carpio et Giordano) من معرفة ذلك بما تتركه الاصابع من الانطباعات بواسطة ذلك الاثر الضئيل من المواد الدهنية والعرق .



رأي جديد في آلية موت المحروقين

ترجمة الطالب السيد شفيق البابا

لقد استرعى مؤتمر الجراحة مؤخراً انتباه العالم الطبي من جديد نحو مشكلة الموت في المحروقين فاذا قبل معظم الاطباء سريراً فكرة الانسجام الناتج عن بؤرة الحرق فليعلم انه لم يتم حتى الآن دليل تجريبي يثبت هذا السم وطرز تأثيره وهذا ما حدا باوندرهيل (Underhill) الى القول في عام (١٩٣٠) بعد ان كرس من حياته مع اعوانه عشر سنوات لدراصة المسألة تجريبياً : يجب ان يلبأ ولا شك في حل مشكلة وجود سم في المحروقين الى التجربة على الحيوان اكثر من التجارب السريرية ، وقد قننا طيلة السنين الاخيرة بتجارب اادت الى نتائج مفيدة جداً اذ افضت بنا هذه التجارب الى الشك في وجود سم خاص في الحروق وحملتنا على الظن بانه لا فائدة من فرضية وجود مثل هذا السم ، وفضلاً عن ذلك فاني على يقين ان بقاء الاعتقاد بوجوده هو عثرة في سبيل ايضاح مسألة الحروق ، والاعمال التي تعزى اليه يمكن ان تطبق تماماً على صورة اخرى . واني اريد ان استبدل نظرية السم في الحروق بفكرة ان الحرق يحدث في الجسم سلسلة شروط تنتهي بالعوارض الخاصة التي عزيت الى السم ، وتقع تلك الشروط السريرية تلو فقدان كمية كبيرة من الدم المائد الى الناحية المحترقة فيسبب كثافة دموية شديدة ينجم عنها

قصور في الدوران المحيطي يؤدي الى تبدل درجة الحرارة واضطراب وظيفة الكلى وهبوط الضغط الدموي وسلسلة من آفات اخرى . وان ما يشاهد من الآفات التشريحية المرضية كالتزوف والقروح المعوية يجب ان ينسب كذلك الى التبدل الوحيد البدني والاسلمي الا وهو تبدل الدوران بسبب نفوذ الحرارة الى الاعضاء والنسج .

فمثل هذا الاعتراف الصريح الذي اقر به (اوندريهل) بعد عشر سنين قضائها في البحث ترك اثره في كثير من الباحثين ، وقد عاجلنا بدورنا هذه المسألة منذ سنوات خلت وسعينا الى تمديد امد الحوادث المفضية الى الموت عدة ايام ، اذ ان حرق طرف خلفي بكامله في الكلب بعد تخديره ادى الى موت الحيوان بعد بضعة ايام تمكنا في اثباتها من تتبع ما طرأ من التبدلات الحكيمة والكيمياوية على الدم والبول وغيره خطوة خطوة ، واعتقدنا انه يجب ان تنأسس كل دراسة في الحروق على معرفة حقة بمرض المحروقين اي على معرفة التبدلات الخلطية التي يفرضها هذا المرض ، فقد ظهر لنا في الحقيقة انه اذا اتقن تعريف هذا المرض كان من المنطق رؤية هذه الصفحة المميتة عند جميع الحيوانات الجرب فيها تأثير هذا السم في الحروق او غيره وهكذا تسمى لنا ان نكشف في كلب مات بعد بضعة ايام من حرقه ما يلي :

١ - في البول :

١ - ليلة آخ مستمرة

٢ - ليلة اسطوانات ثابته

٣ - ابالة انتهائية

٤ - نقصاً بيناً في كلورور البول

٢ - في الدم :

١ - فاقه دم واضحة ومتروية تناولت عدد الكريات وقيمة خضاب الدم

٢ - ازدياداً ثابتاً ومتروياً في مقدار بولة الدم .

٣ - ازدياد الآزوت غير الهيليوي .

٤ - تحولاً غير منتظم ليس له قيمة دلالية في الآزوت الباقي .

٥ - نقصاً في حجم الكريات .

٦ - ثبات القيمة العامة لهيوليوات الدم .

٧ - انقلاباً متروياً في النسبة بين المصلين والكريوتين .

٨ - هبوطاً تدريجياً في مقدار كلورور الدم في الكريات والمصل .

٩ - تناقص المدخر القلوي

١٠ - حموضة دم متروية .

١١ - ازدياد مقدار كولسترين الدم .

١٢ - ازدياداً واضحاً في سرعة التثفل الكريوي .

١٣ - نقصاً بيناً في الكتلة الدموية .

١٤ - وقد تجلت الدراسة المجهرية في كلى الكلب المحروق عن صور

تشبه ما يرى في التهاب الكلى السمي الحاد .

واذا ما علمنا ذلك جيداً أمكن لنا ان نقول ان الكلب الذي يتم طرفه

المحروق قبل انتهاء الساعة السادسة لا يظهر فيه داء المحروقين او تبدواعراضه

طفيفة ويشفى الحيوان ، اما اذا اجري التثميم متأخراً اي في الساعة العاشرة

مثلاً كان لامناس من ظهور اعراض داء المحروقين فيه .

وقد افكرنا استناداً الى هذه التعاليم ان هذا العنصر السام في المحروق قد يمر في دم الحيوان ولكنه سرعان ما يثبته احد الاعضاء ، وهذا يشرح لنا ما صادفه المجربون من الحية في عزل شيء من هذا العنصر السمي من الدم الجائل .

ولقد قننا بتطعيم عنق كلب فوق السباتي والوداجي بطرف كلب آخر ثم حديثاً وبعد ان استتب الدوران مدة ثمانى الى عشر ساعات احرق الطرف المظعم فشاهد ان الحيوان الاول كان يموت بانتظام وفي بوله ودمه جميع علام داء المحروقين .

ثم اجرينا سلسلة تجارب اخرى كان يروى فيها رأس كلب من دم آخر محروق مدة ست الى ثمانى ساعات فشاهد ان الكلب المروى رأسه مات بعد ايام بداء المحروقين .

واتبعت هذه بسلسلة اخرى من تجارب كانت اكثر احكاماً من الاولى اذ ربطت في زمن اول الشرايين والاوردة القعريية في كلب (رقم ٢ بعد ان تأمن دوران رأسه بالشرايين السباتية والاوردة الوداجية ، وبعد اسابيع احدث دوران متصالب استمر ست ساعات كان يروى فيه رأس الكلب المذكور بدم كلب محروق (رقم ١) فمات الكلب الثاني تدريجياً بداء المحروقين وهكذا استطعنا ان نبهن ان في دم المحروقين عنصراً سميّاً يثبته كلما امتص في الساعات الاولى التي تلي الحرق ، دماغ المحروق حيث يحدث آفات ثابتة .

وقضلاً عن ذلك اذا وصل كلب ثالث بالدوران السام للكلب الثاني الذي كان يروى رأسه فقط بدم كلب محروق لم تبدُ فيه أية آفة دموية او كلوية . فالتهاب الكلبي في الكلب الثاني لا ينجم اذن عن آفة مقصودة احدها عنصر سمي بل سببه تبدل الدوران من منشأ دماغي . ولعلم ان التجارب التي قنابها والتي اتينا على خلاصتها هنا باختصار كانت تكرر مرات عديدة مع مقارنة النتائج في حيوانات شاهدة دوماً .

واخيراً لقد وجدنا بفحص ادمغة الكلاب المحروقة والكلاب التي كانت تروى بدم اطراف محروقة او بدم محروق آفات مجهرية ثابتة -- لم نر لها أثراً في الحيوانات الشاهدة -- في المراكز السجاية المجاورة للعدبة وخاصة في النواة قرب البطينات والنواة فوق السرير البصري .

فالجمال اذن متسع للظن بوجود عنصر سام يسير في الدوران اثناء الساعات الاولى التي تلي حرقاً متسماً لم يكن كافياً لموت المريض مباشرة ، وهذا العنصر يصيب المراكز الدماغية النباتية وينجم عن آفة هذه المراكز ما يرى من تبدلات الدم الحكيمة الكيميائية والتهاب الكلبي المترافق مع نقص كلورور الدم او ازدياد الآزوت فيه ، واسباب كثيرة تحملنا على الظن ان النوى قرب البطينات وفوق السرير البصري داخلة في نطاق هذه المراكز النباتية .

لويس كريستوف

معالجة السعال

الدكتور كامل سليمان الحوري (بروكلين نيويورك)

السعال عرضٌ من الاعراض المهمة في علم الامراض ، وقد ينشأ عن علل عديدة يضيق نطاق المجلدات عن عدّها ، وقد استنسبت ذكر اهمّ الطُّرق العلاجية الممكنة التشبث بها في مكافحة هذا المرض :

معالجة سعال الطرق التنفسية : يُحمد كثيراً في التهاب الحنجرة النزليّ اراحة العضو من التكلم ، مع المكث في الفراش واستنشاق الأبخرة العطرية يضاف الى مقدار من الماء الحار ملعقة قهوة من صبغة البخور ، او نصف ملعقة قهوة من الغومينول « goménol » ، او ثلاثون الى اربعين قطرة من الزيج الآتي :

حامض فني	{ من كل	غرام واحد
كحول		
ماء الفار الكرزي		خمسة عشر غراماً

ويجب ان يُعطى الرأس في اثناء الاستنشاق بمنشفة تكون مفروشة بالوقت ذاته على وعاء الماء العلاجي ، يكرّر ذلك ثلاث مرار او اكثر في النهار مدة ربع ساعة ، مع استعمال هذه الجرعة :

جاوات (بزوات) الصوده	خمسة غرامات
مكحول (الكولاتور) جذر خائق الذئب	غرام واحد
شراب ديا كود	{ من كل
شراب صدري	

يُعطى من ذلك في كل يوم ثلاث الى اربع ملاعق طعام في قيع سخن وُحُلِّي من زهر الزرغون او الازهار الصدرية المروقة . . . واذا اختلط التهاب الخنجرة بالزكام الانفي يستحسن غسل الحُفْر الاقية بماء بودي فاتر بنسبة اثنين في المائة ، ثم يُقطر في الانف بضع قط من الميستول « Mistol » او الميستول مع الايفيرين .

اما السعال الانج و المزعج الذي يرافق التهاب الخنجرة الصرصي « laryngite striduleuse » فيمكن توقيفه بوضع رفائد مشربة ماء سخناً امام الضيق ، وتجديد ذلك مراراً كلما بردت . ويحسن تلطيف هواء الغرفة بتبخير ماء مطر . ويحرض الليل ان يتنفس من انفه فقط ، وذلك بقصد تخفيف انقباضات المزمار ، لان التنفس الانفي يجلب مقداراً من الهواء اقل مما يحصل عن التنفس بالقم ، وهكذا يكون الهواء بالوقت ذاته اقل برودة ، ثم يلجأ الى استعمال جرعة برومورية لمنع عودة النوب :

برومور البوطسيوم	غرامان
شراب الاثير	٢٥ غرام
ماء زهر البرتقال	خسة غرامات
ماء بسيط	اربون غراماً

تؤخذ منه ملعقة صغيرة في كل ربع ساعة ، بنوع ان يكون مقدار البرومور المأخوذ نصف غرام في الساعة و يؤثر استعمال هذه الجرعة مساءً .

اما السعال الحثاقي (الدفتيري) فلا تسكلم عنه في هذا الفصل اذ لا انجح من استعمال المصل النوعي لمكافحته ، وقد صار ذلك ممروراً جيداً اليوم ، ويخطئ كل طبيب يتأخر ولو ساعة باستماله . ويلطف سعال التهابات الخنجرة

الزمن باستنشاق الانخرة الكبريتية المتصاعدة من المياه الكبريتية مدة عشرة دقائق من كل صباح .

اما المرضى القوبائيون المصابون بالتهاب الحلق الزمن فالأجدر استعمال مستحضرات الزدنيخ لهم ومس حلقهم بمحلول كلودور التوتيا بنسبة واحد الى ثلاثين ، ويجوز فتح مساحيق قابضة مثل هذا التركيب :

ثلاثة غرامات	شب
غرام واحد	حامض عظمي
خمس عشرة غراماً	مسحوق السكر

ويُقاوم سعال التهاب الحنجرة الافرنجي او الدرنبي يعض مستحضرات الافيون ، او الباريتول وما شاكل من المستحضرات التي لا تُعدّ اليوم واذا حصل قبض من جراء الافيون ، يُقاوم ذلك بالمليينات على انواعها . اما ذات القصبة الحادة المتصعبة بسعال مؤلم ، وحسّ احتراق خلف القص ، فتلطف بوضع لجان مخردة على الصدر الى ان يحمرّ الجلد ، وتعطى هذه الجيوب المسكنة :

مستقرام واحد	خلاصة الافيون
{ من كل نصف مستقرام	خلاصة اللقاح
	خلاصة الجوز ، اائل

لحبة واحدة . يؤخذ ثلاث حبات مثلها في كل يوم ، ولا يسوغ اهمال المشروبات السخنة معها ، مع الحتم على العليل بالراحة . وبعد ثمانية ايام اذا أدّى الزكام الى قشّ بصاق مخاطي حديديّ وجب استعمال البليسميات :

من كل مائة غرام خسوف غراماً	}	شراب بلسم الطولو
		شراب بلسم كنادا
		شراب ديا كود
		ماء الفار السكرزي

يستعمل من هذا المزيج ست الى ثمانية ملاعق لتخفيف المفلات النباتية الصدرية . و يعطى التريين بجرعة غرام واحد في النهار في ثلاث برشانات . ولا بأس من اعطائه الكبريت ملء ملعقة قهوة مخلوط بالمسل . و افضل علاج في هذه الاحوال هو مسحوق دوفر المتف والمسكر ، لاسيما اذا اضيف اليه احد املاح الكينين ، هكذا :

مسحوق دوفر	٢٥ ستغراماً
كلور هيدرات الكينين	٢٠ ستغراماً

في برشانة واحدة ، يؤخذ من ثلاث الى اربع برشانات في النهار . في حوادث التهاب القصبات الحاد جميعها لا يسوغ الاهتمام بالسعال الا متى رافقته اعراض عامة قوية .

واذ ذلك يحسن استعمال المقيئات والرفائد المبلولة ماء حاراً حول الصدر ، مع المناطس السخنة على ثنائي وثلاثين اوست وثلاثين درجة ، كل ثلاث ساعات ما دامت الحرارة البدنية واصلة الى ٣٩ مئوية . وهذه المناطس كلية الفائدة في الاطفال لانهم اكثر عرضة من البالغين للوقوع في شرك التهاب القصبات الدقيقة الخفيف . ولا يرغب كثيراً في المناطس عند الشيوخ نظراً لاستعدادهم للغشي والانهاء بسبب ما يكون قد اعتراهم من وهن القوى ، وما يكون عليه قلبهم من الضعف والحؤول .

وفي التهاب القصبات المزمن يجب البحث عن سبب السعال الاصلي وملاحظة عدم كفاية السكيتين وما شا كل ذلك، ثم يُلجأ الى الحمية عن الملح ، وتنقيص مقادير اللحم في الاطعمة واعطاء التيوبرومين (Theobromine) ، ويطف التهاب القصبات الذي يمتري القوبائيين بالحمية الغذائية ، ويمنع اللحم بتاتاً في طعام المساء ، فيستامض عنه بالقول والحضر والحليات والقواكه وما شا كل .

واذا ظن ان الرئة هي السبب الاول في اثاره السعال ، وجب الافتكار بالتدوين ؛ والبحث عن عصية كوخ في الحال ، ثم يُبادر الى التحوط بكلمة ذكر من الطرق ، انما يجب الحذر من ارهاق الليل بكثرة العقاقير ، لان مدة المرض طويلة . وبما ان اغلب الادوية التي تسكن السعال تضعف في الوقت نفسه المدة والمضم ، فالاحسن اذكارها الى آخر النهار عند هجوم الليل ، ولا افضل اذ ذاك من الالتجاء الى مستحضرات الافيون كنحو ملعقة طعام من شراب الكودئين . او سنترامين من الديقونين ، او خمسة ميلغرامات من الهيروين ، اذ انها تولي الليل راحة ونوماً هادئاً لا تشوشه نوب السعال المزمنة . واذا اشتد السعال الى درجة زائدة يُعمد الى الحقن بماء القار الكركزي تحت الجلد ، إما صرفاً او ممزوجاً بمقدار قليل من كلور هيدرات المورفين لا يتجاوز ميلغراماً او ميلغرامين .

اما في النهار فيحسن استعمال البلسميات اذا كانت المدة تحتل ذلك :

١٠ غرامات

ترين

١٠٠ غرام

كونيك اوروم

شراب بلسم كنادا او الطولو ٢٠٠ غرام

تؤخذ منه ملعقة صغيرة وقت الطعام ويثابر عليه عشرة ايام . ويستحسن اعطاء جواهر ذات تأثير في تنبيه عضلات الحلايا الرئوية مثل الجويدارين (الارغوتين) وعرق الذهب ، لما هو معروف عن هذا الاخير من خاصية تيسيع المفرزات القصية وتسهيل انطراح القشاعات ، واليك هذا الترتيب :

• ستغرامات

جويدارين

• ملغرامات

مسحوق عرق الذهب

ستغرام واحد

خلاصة جوز التبيء

لحبة واحدة . يملئ مثلها عشرون حبة لمشرة ايام، واحدة قبل طعام الظهر واخرى قبل طعام المساء . ولا يسهون عن البال فعل المصرفات النافع كالحجامة الجافقة يومياً والحجامة الدموية . اما الحاراريق القليلة النفع أو الحالية منه في الاشكال الحادة ، فكثيراً ما تجدي نقماً كبيراً في الاشكال المزمنة . فلو وضعت حراقة صغيرة في كل عشرة ايام لحف احتقان القصبات وتنشطت الانسجة والكريات البيض ودحر العدو الكامن ، وسهل امتصاص السوائل المرضية المفرزة ، انما حذار من وضع الحراقات قبل تأكد سلامة الكليتين . وقد حصل في المدة الاخيرة نجاح اكيد وسريع من مخصص الرئة المصابة وفي احتقان الرئة الحاد يجب الاعتماد على القصد .

اما السعال الديكي (الشقة) فيخفف بالتبترين والقاح والبروموفرم . واذا رافقت العلة حالة زكامية وجب الحقن بالمورفين لتهدئة التوبة .

اما انواع السعال العصبية الانمكاسية فيجب مزيد التروى قبل ذكرها للررضى لانها كثيراً ما ولدت اضراراً لا تموض ، اذ قد يتفق ان يميز

الى سعال انعكاسي عصبي بدء تدرون رئوي لم يدقق بالانتباه له . فليتصور
المرء كم من الاخطار تهدد شابة في بدء تدونها الرئوي . وقد حكم عليها
بالتناضح الباردة (دوش) زعماء انها مصابة بالهرع (هستيريا)

فلمينا نحن الاطباء ان ندقق في فحص الصدر ، واذا التيس عليه
الامر فلنستمن بالاشعة ، لنفي كل احتمال درني قبل ان نلفظ كلمة الاطمئنان
ونقول للمريض ان سعاله انعكاسي لا كبير خوف منه ، ثم تعتمد معالجة
المضو المؤوف ، او الجهاز العصبي المزور .

ولا يبرحن ابداً عن بالناتاميات الحمية في الحفرتين الانقيتين فقد
تسبب في اكثر الاحيان سعال الاولاد الصغار . وكثيراً ما ينسب السعال
في الرضع الى الاوسنان ، وقد يصح هذا التشخيص في بعض الحوادث ،
فالافضل قبل التشخيص النهائي فحص المنخرين والحلق فان ذلك يكون اقرب
الى الصواب وأسلم عاقبة .

آداب عيادة المريض والاعتناء به

للهكتور كامل سليمان الحوري (بروكلين نيويورك) .

توطئة : وان تلك مجلة المعهد الطبي الراقية تكتب بالأخص للاطباء مع ذلك فظراً لما تنشر من المقالات الرائعة ، ولتوخيا تنظيف لغة الضاد من كل شائبة نرى الكثيرين من العامة يلهذون كثيراً بطلالعتها ، ولذا ظننا ان نشر بعض قواعد لعيادة المرضى يكون لها الوقع الحسن ، لانا في اختياراتنا الطويلة رأينا المجدب المدهش من سلوك بعض الانبياء والاصدقاء لدر عيادتهم المريض ، وكأني بهم اتوا ليشقوه عوضاً عن ان يشقوا عليه كما يزعمون وليس ذلك في الوطن القديم وحده بل شاهدنا اموراً غريبة في هذه البلاد الاميركية المدودة راقية في الآداب والاخلاق ، وعليه نقول :

اولاً اهم شرط في عيادة من كان مريضاً مرضاً خفيفاً ، هو تقصيرها بما في الامكان ، خوفاً من ان ينقلب انحراف صحته الخفيف الى وعكة لا لزوم لها ابداً ، ومعلوم ان الميادة ليست بزيارة يجوز فيها اكرام الضيف على تلافه وتقديم الدخان وما شا كل مما يله القاريء اللبيب .

ثانياً : عند عيادة مريض في حالة التعب او الخطر يكفي فقط بالاستفسار عن صحته من احد افراد أسرته ، او الاكتفاء باعطائه بطاقة لأحد اخصائه او وضعها على المنضدة والانصراف ، اذا لم يجد احداً يعطيها .

ثالثاً : ايها المائد الكريم لا تغتر وتلبث طويلاً عند المريض وان هو

الحل عليك بالبقاء لمواساته وتسليته، فلملك لا تسلم من ملامه زوجته واولاده الذين يمتدّون اطالة مكثك غير مرغوباً فيها ان لم تكن ثقيلة، اذا انها ان لم تضرب تواء بالمرضى، فلا تخلو من المضرة بذويه المحتاجين الى الراحة، فلعلهم قضوا الليلة الماضية ساهرين على عليهم، فاصبحوا اليوم في شديد الحاجة الى راحة النهار حتى يقضى لهم ان يتاوبوا السهر عليه في الليلة القادمة.

رابعا: اذا كانت حالة الليل تستدعي السهر الطويل عليه، فالأحرى بذويه الطلب من خدمهم ان يتاوبوا العمل فيسهر بعضهم، وينام البعض الآخر، ولا يجوز ان يسهروا كلهم الى منتصف الليل، ثم يستغرقون كلهم في النوم حتى الصباح، ولا يخفى ما هنالك من التقصير بحق المريض، على انه يستتي من هذه القاعدة ذوو اليسار الذين يمكنهم استخدام ممرضة قانونية لمريضهم.

خامسا: اذا يا عزيزي القارىء استأذن في عيادتك بالانصراف باكراً ولو اضطرت الى التعلل بانشفالك، وان لم تك حقيقة مشغولاً، فكذبة مثل هذه تعدّ باعتقادي فضيلة، وتذكر القول الوجه:

غيب وزر غيباً ترد حياً فن أكثر الترداد أضناه المَلَل

سادساً: اجتب جهد طاقتك حين عيادتك التكلم عن الأمراض والادوية، ولا تذكر ان فلاناً مصاب بمرض كذا، وان فلانة بحاجة الى عملية جراحية، فقل هذه الاحاديث والمسامرات عن العلل والوفيات لا عمل لها من الاثر، ولا عذر لمن يحدث المريض بها ولا بوجه من الوجوه، وتحدث بحادثة المريض وممازحته، وزف بنص البشائر المسلية اليه.

سابقاً: حذارٍ من ابداء افكارك بشأن المريض وسؤاله عما اذا كان راضياً ومسروراً من طبيبه ام لا ، فان هذا الامر من شؤون الطبيب والمريض وأسرته ، الا اذا كان المريض طلب رأيك هو نفسه او احد افراد عياله نظراً لكونك تعرف شيئاً عن الطبيب واختبرته بنفسك ، وعليك اذ ذاك ألا تنفوه إلا بما تقدمه الصدق والحق والاخلاص ، بانياً رأيك على اختبارك الشخصي بشأن الطبيب الذي تعرفه بنفسك ، والفائدة التي يجنيها من ارشاداته في اثناء اطيبيه لك ولآل بيتك . وحذارٍ ائنه ذلك ان تضع مسؤوليةً على نفسك ، لا نك ربما لا تنجو من الملامة فيما بعد .

ثامناً : يُعاب كثيراً العائد فيما اذا لمح على المريض بشيء طبيه ليستدعي له طبيباً آخر له صداقة ودالة عليه ، ولا تنسَ يا قارئ العزيز ما نطقت به الامثال : قطع الارزاق . قطع الاعناق .

ثاسماً ارباً بنفسك ان تغامر وتتجبح بمعارفك واختباراتك بشأن حجة المريض والاعتقاد على شدتها ، او على تساهل الطبيب المداوي بها ، لأن هذا الاخير اعرف منك بكثير بالحالة ، ولا تُمرِّ ما اوصى بما اوصى . واتذكر الآن انه اثناء مرضي بالحصى نظيرة التيفية عاذني في وقت واحد ثلاثة من الاشخاص وكل منهم ارثأى رأياً بشأن غذائي بدون ان يكلف الى ذلك ، مع انهم ثلاثتهم كانوا يرفهون ان والدي طبيب . فما رأيك بمريض يعود في يوم واحد عشرات من المواد (الشقاقين) .

عاشراً : اما اذا شكاك لك العليل نفسه صرامة الحجة ، واسترشدك بشأها فمليك فقط ارشاده الى مكاشفة الطبيب المداوي بهذا الامر ، معتذراً بأن

ذلك ليس من اختصاصك .

حادي عشر : لا تسوغ آداب الليادة للصديق المائد - غير المرتبط بقرابة نسب - عيادة صديقه اكثر من مرة او على الكثير مرتين في الاسبوع . اذن ذهابك كل يوم بعد امرأ إذا اخرجاً عن حدود الواجبات ، وبمثابة وضع الشيء في غير محله ، هذا اذا لم يُعزَّ اليك التطفل وكثرة القلبة .

ثاني عشر : افشذك الله ايها القاريء، وناشدتك الله ايها القارئة الامتناع عن التدخين بأي صورة من الصور في غرفة العليل . فقد يجوز ان يلبس مو او ان تلح عليك امرأته بان لا محذور ولا مانع ان تنسلي (بنفس أو كيله) او لفاقة تبغ ما زال المريض نفسه مغرم بالمدخين ، وكثيراً ما يدخن في اثناء مرضه ، فأشير عليك ان تقف عند كلمتك وألاً تدخن ابداً . وهب ان المريض نفسه شجعك اذ ذاك وشمل لفاقته ، فلا تدخن انت ، لان دخان لفاقة واحدة اقل ضرراً من الاثنتين او الثلاث ، ولا يدخن عن نيتك انه من اللياقة رؤية غرفة المريض نظيفة من دخان التبغ الثقيل ، وان هي الا بضع دقائق او اكثر بقليل فيها تقهر ارادتك ، لاني قد أثبت لبيادة مريض قد دفعت اليها حبك الصحيح له ، ولا تنس يا عزيزي انك لم تأت للتمسلة وتقطيع حصه من فراغ وقتك ، او لتمتع بالراحة ، بل قد اتيت لوفاء فرض واجب ، والافضل ان تذهب وتستريح في بيتك وتدع العليل وشأته ، فكفاه ما يضافي من الكرب والتعب . . .

ثالث عشر : يجدر بالمؤاد الاخصاء - اي المرفوع التكليف بينهم

وبين اهل المريض - ان يدعوا لهذا الاخير السكون المطلوب ، والحرية التامة في تغيير وضعيته او ازالة ضرورة او اكتساب غفوة صغيرة او . . . وان يلجوا على المريض بأخذ قسطٍ من الراحة ويحسروا كل اوقاتهم بخدمة المريض . اما باقي الموائد الكرام من اصدقاء ومعارف فبعد ما يكونون اخذوا كل حظهم من كل امر فليصرفوا بهدوء وسكينة مقصرون بما في الامكان (الدهليزية) المتأدة .

رابع عشر : واسمح لي بذكريك ايها المائد الأديب ان اعظم هدية تهديها الى صديقك المريض هي تقصير مدة العيادة كما مر بك اعلاه ، ثم يأتي في الدرجة الثانية تقديم باقة من الزهر تبهج خاطره . وتسر ناظره .

خامس عشر : على انني اكره عادة تقديم الثمار او السكاكر او انواع المأكول على الاطلاق ، لانها عادة مضرة جداً بالمريض كما لا يخفى . واتذكر بهذه المناسبة حادثة ارويها لك ايها المطالع للعظة والنفكة .

كنت ارسلت احد مرضاي الى المستشفى لاستئصال الزائدة الدودية . وقد أجريت له بحضوري على اتم دقة . واكمل اعنته ، وفي اليوم الثاني والثالث من العملية كانت حالته حسنة ومبشرة بإشفائه قريب . ولكن شد ما كان ذهولي في اليوم الرابع واندعاش اطلبه المستشفى اذ شاهدنا اعراساً مهددة داهمته ، وبعد الفحص والتحري وجدنا قطع اثمار في مواد قيائه ، ولم ينبج ذلك المسكين من الخطر المفاجيء الا بناية الهبة خاصة واعتناؤه زائد من الاساءة والمرضات 1 . . .

وبعد ابلاه اقر لي معترفاً ان صديقاً له عاده واطعمه برتقالين دفعة

واحدة ، فقلت له اذ ذاك — فكيف اذن يا صاح لو كان لك عدو ؟
 واتذكر طيباً فرنسياً خصب البدن طويل القامة لم يكذب بل من حمى
 تيفية حتى عادته خطيبته وقدّمت له تفاحة ، فلم يجبراً على مخالفتها بل اكلها
 حالاً ، وكان الموت الزؤام مخبئاً فيها ، فأودت بحياته في اليوم الثاني . فارجو
 من قراء مقالتي هذه مطالعتها بترك ، والاجتهاد طاقاتهم بالعمل بموجبها ، فاكون
 اذ ذاك ممتناً وشاكراً لهم .



مستحدثات طبية

١- معالجة داء الافرنج الزرنيخية بتقطير كمية

كبيرة من العلاج في الوريد قطرة قطرة

بين تزئك ودويرات ولا في ان اجتناب العوارض التي قد تطرأ في سياق معالجة داء الافرنج بالارسنوبزان مستطاع بتقطير كميات وافرة من هذه المركبات في الوريد قطرة قطرة .

ان معظم العوارض ولا سيما السكتة المصلية (apoplexie séreuse) يظهر بعد الحقنة الثالثة فاجتناباً لهذه العوارض يحقن بعضهم المريض في كل يوم بكميات مقدارها ٠.٩٠ ستيغراماً حتى بلغوا ٢٧٠ غم في ثلاثة ايام وقد رأى تزئك ان هذا المقدار لا يكفي وخشي من حدوث عوارض بعده فعمد الى طريقة تمكنه من الحقن ببطء فزائد بمعدل ستيغرام واحد في كل دقيقة . والجهاز بسيط فهو يتألف من حيازة مدرجة متصل بها انبوب مطاط يضلها بقطارة مورفي ومن انبوب آخر من المطاط يمتشق قارورة فارموس (Thermos) لتدققة السائل قبل دخوله الوريد .

تصنع الحقنة والمريض سائماً في احد اوردة ثنية المرفق وبعد ان تدخل الابرة الوريد تثبت بالساعد بقطعة من الشمع اللاصق ويكون المريض مضطجماً على سريريه فيتمكن من القراءة حتى من النوم في اثناء الحقنة التي تستمر من ٣ - ٥ ساعات

واما مقدار العلاج فهو ١٠٥٠ نوفار محلوقة في ١٥٠ سم ٣ من المصل الفريزي .
 فيستطاع بهذه الطريقة حقن المريض بأربعة غرامات ونصف نوفار في ثلاثة
 ايام وتقصير زمن الاستشفاء ومدة المدوى التي لا تتعدى الايام الثلاثة .
 وتزول الموارض الاخرى بهذه الطريقة بأسرع من زوالها بالطرق
 الاخرى وتخفني التمعجات من مكان الآفات والمقد ويعود تفاعل يورده
 واسرمان متغياً في اسبوعين الى ثلاثة اسابيع .
 ولا تؤهب هذه المقادير الكبيرة المريض لتحسس كمقادير الصغيرة .
 ولا ما يمنع استعمال هذه الطريقة فلا السن ولا اليثة يضادان استطابها
 وهي تحتاج مع ذلك الى دوس وتدقيق .

٢ - معالجة عصابات الوجه

يظهر ان بعضاً من عصابات الوجه (آلام التهاب الاسنان ، الآلام
 بتعطط المصب السني السفلي او انضغاطه بعد استخراج النواجذ عصابات
 الدرد (névralgies des édentés) زودية المنشأ . فيستطاع تلطيفها
 وشفائها بطريقة سهلة : اي بحقن سم ٣ من التوفاكاثين بدون ادوتالين حول
 الشريان الوجبي في مسيره امام الماضغة .

وطرز اجراء الحقنة سهل : تمين حافة الماضغة الامامية بتقليصها وحافة الفك
 السفلي وتفرز الابر في نقطة واقعة على بعد ستمتر من كل من هاتين
 النقطتين في النسيج الخلوي السطحي باتجاه اربعة الاف وبحقن بالحلول المدفأ
 يطمئزول الألم في الحال وقد يستمر التحسن واذا عاد الألم اعيدت الحقنة مرة
 ثانية وثالثة في اليومين التاليين واذا لم تحسن الحالة فلا فائدة في المتابعة على الحقن .

٣- معالجة حكة الشرج

يعتقد سيراوي ان حكة الشرج جرثومية الطيبة في معظم الاوقات فتارة تتكون غلة مزمنة في الناحية بسبب البواسير او في عقب مذح (intertrigo) بين الاليتين فيتفاعل الجلد بازاء الجراثيم المختلفة (المكورة العقدية او المتفودية او المعوية) وبما ان هذه الغلة (eczéma) حكة فقد سموها باسم مرضها الاساسي.

واليك المعالجة التي يقترحها سيراوي :

١- تكسد الثنية بين القضيتين وفوهة الشرج صباحاً ومساءً بماء البيور الممدد بثلاثة اضعافه من الماء المقطر والمقتر في حمام ماري

٢- تخفف الناحية باعتهاء

٣- يمرخ طويلاً بهذا المرهم المؤلف من الاجزاء التي تألف منها

ماء البيور

٠.٠٣ غم	كبريتات النحاس
٠.٠٥	كبريتات التوتيا
٣ سم	ماء مقطر
٥ غم	زوفى (لانولين)
١٠	دهن النقط (فازلين)

ويذر مسحوق الطلق على الناحية بعدئذ

٤ - توضع بين شفتي التينة قطعة من الغزي المعقم .
ويثار عدة اسابيع على هذه المعالجة ويثا تحسن الحالة وقد تشفى
الحكة بها .

واذا مرت اربعة اسابيع ولم تحسن الحالة تحسناً يذ كر يضاف الى المراهم
غراماً غودرولين (goudrolin)

ودى كانت الحكة شديدة تسكن اولاً بمراهم مضادة للحكة زهاء ١٥
يوماً ثم تستعمل معالجة الصدمة الحيوية وافضلها حقن الوريد ثلاث مرات في
الاسبوع بحلول تحت كبريتيت الصوده المعقم بنسبة ٢٠ / ٠ (حبة تحتوي
على عشرين سم من هذا المحلول) ويجوز ان يستماض عن هذه الحقن
الوريدية بحقن الهيستامين (Histamine) في ادمة الناحية المؤلة او بحقن
الدم او بحقن خلاصة الطحال المزال آحينها (désalbuminé) . ويعطى
المصيون ٥ - ١٠ ستيغرامات غرداثل مساء .

واذا لم تحسن الحالة في خلال ستة اسابيع وهذا نادر تصوبن الناحية
مساء بصابون معتدل وتجنف باعتناء زائد ثم تطلى بكحول يودي مثوي ..

بود
كحول درجته ٩٠
١ غم
١٠٠

وتعسد الناحية بعد نصف ساعة بزبدة البور الآفة الذ ذكر

وحذار من استعمال مراهم الزئبق المخرشة للجلد

والاستشرار والاستشعاع (etincelage et radiothérapie) وسائط

مسكنة مساعدة للمعالجة الموضعية

واذا لم تكن الحكة الشرجية جرثومية بل كانت ناجمة عن الحرقوس
تقتل هذه الديدان .

واذا نجحت عن الحمار :

١ - تطلى الناحية بالكحول اليودي الثوي

٢ - يوضع بعد نصف ساعة مرهم حامض خفيف اولاً ققوي بعدئذ

حامض الصفصاف (ساليسيلك) ١ - ٢ غم

الحامض الجاوي (بانزويك) ٢ - ٤ د

دهن النفط (فازلين)

زوفى (لانولين) من كل ٦ غم

شحم

ويعتقد سيرايزي ان دور قصور الكبد واضطرابات الودي ثانوي في

٢٠٢ خ .

حكة الشرج

٤ - في استعمال اللقاح المضاد للنزلة الوافدة

في الوقاية والشفاء

تظهر اوبئة النزلة الوافدة عادة في الشتاء وتجتاح البلدان فاتكة عائشة غير ان فصل الصيف لا يخلو من بضع حوادث منها قد تكون فتاكة مميتة .
تبتدىء النزلة الوافدة عادة بزكام خفيف ووهن وألم رأس وقه واتساع لسان ولا يمر يوم او يومان حتى تظهر علامات التهاب القصبات وتنضج العلامات العامة فتبلغ الحرارة ٣٩ . وتستمر هذه المغونة بضعة ايام وتنتهي عادة فجأة غير ان النزلة قد تتعرقل اذا لم يكن دفاع البدن كافياً بالتهاب القصبات والرئة ولا سيما في الاولاد . ولعلم ان عدوى النزلة الوافدة شديدة وان العيلة الواحدة قد يصاب معظم افرادها .

فما العمل ؟

ان افضل ما يصنع متى بدت العلامات الاولى جرياً على نصيحة ليوان ومينه التلقيح باللقاح المضاد للنزلة الوافدة . وكلما بكر في اجرائه كانت فائدته اكبر وتكرر حقنة اللقاح ثلاثة ايام متوالية وتصنع منها واحدة في كل يوم .
واذا كانت النزلة الوافدة قد اتضعت ومرت على بدنها ثلاثة ايام فلا تبدل المعالجة الا ان استعمال اللقاح واجب واذا كانت الاعراض شديدة والحمى عالية تصنع حقنتان من اللقاح صباحاً ومساءً

النتائج الباهرة التي تعقب استئصالها اكبر برهان على شططهم
 تصنع في ذات القصبات والرئة التي تعقب الحصبة او الشرق (السعال
 الديكي) منذ ظهور العلامات الاولى الرئوية حقنة اولى وتستعمل الوسائط
 الاخرى معها اللقائف الرطبة ، الحمامات الحارة ، الاشربة المنشطة غير ان
 الاعتماد يجب ان يكون على القحاح بالخاصة . يحقن الاولاد من القحاح المضاد
 لذات الرئة بالمقادير التالية :

الاولاد ما دون السنة والنصف ثلث حبة في المرة الاولى ونصف حبة
 في المرتين الثانية والثالثة ويمرر صنع حبة كاملة
 الاولاد ما بين ١٨ شهراً وثلاث سنوات : نصف حبة في المرة الاولى
 و ٢/٤ الحبة حتى حبة كاملة منذ الحقنة الثانية .
 الاولاد ما فوق ثلاث سنوات نصف حبة في المرة الاولى وحبة بعدئذ
 وهذا القحاح واق ايضا فليقلع به الاولاد المخالطون للحصويين والمشروقين



٥ - تناذر موترة اللقافة العريضة

درس لريش وجونغ هذا التناذر وهو ظهور ألم شديد منتشر في اسفل عمود الفقار والالية ولا سيما وجه التخذ الوحشي حتى منتصفه في سياق حركة قفل فجائية .

ويتصف هذا الألم بظهوره غفواً وبوقوعه في جانب واحد وبعدم استيقاظه بالجلس وباشتداده باخف حركات الحوض . وليس للفصل اقل علاقة به لان حركاته جميعها ممكنة . والوضعة الوحيدة التي يستطيع المريض اتخاذها هي الاضطجاع الاقفي واما الجلوس فمستحيل والاتواء الجانبي فشاق جداً ويوقظ التمسيد الألم ولا تأثير للاستمرار والاشعة المجهولة والموجات فيه وليس مصدر الألم قفرياً ولا ينشع الألم الى الزنار الحوضي وليست المضلات متقدمة غير ان النشاء الفخذي يظهر متوراً وصلباً . ويبين لنا توزيع الألم ان موترة اللقافة العريضة هي المضلة المصابة فهي واللقافة العريضة معها متقلستان وصلبتان وقد تشترك الالوية الكبيرة ايضاً بهذه الصوبة ولا سيما بالياها الامامية .

واذا ما حقن بالتوفوكاين عند جسم القرعة الرابعة القرعية لم يحسن الحقن الحالة واما اذا حقن به على طول الارتكازات الحوضية لموترة اللقافة العريضة فان الألم يخف ثم يزول في خلال ٣ - ٤ ايام بعد ان يكون قد لازم المريض اسابيع لا بل اشهرأ . ولا يفيد الحقن في منتصف الفخذ او فوقه حيث أشد الألم .

مولود عجيب

تثبت رسمين لمولود عجيب ولدته في قرية كفر سوسة من ضواحي دمشق امرأة عمرها ٣٥ سنة في الشهر التاسع لحملها وقد قامت بتوليدها القابلة القانونية الآنسة ليندا سلوم بمهارة وإتقان استحققت عليهما شكر العيلة ونجت الام



الشكل - ١

مما كان يهددها من العوارض ومما كان قد رده بعض الاطباء بشأنها من عمليات جراحية لافراغ رحمتها.

يظهر في الرسم الاول وهو الرسم الامامي ان المولود ذكر وان له رأسين وعنقين وصدرين واربع ايد . وانه متصل منذ الناحية السرية حتى العانة اتصالاً تاماً . ويتفرع من الحوض طرفان سفليان تاما التكون اي مؤلفان من فخذين وساقين وقدمين . ويظهر من الاعضاء التناسلية المذكورة القضيب



الشكل - ٢

وكيس الصفن الخلفي من الخصيتين . وفي الجملة فان هذا الرسم يبدو فيه ان المولود منفصل الى مخلوقين تامي التكون في قسميهما العلويين حتي السرة وانهما منذ السرة فما دون مندفعان مخلوقاً واحداً . ويظهر في الرسم الثاني الخلفي ما ظهر في الرسم الاول غير ان في الناحية

المجزية طرفاً سفلياً ثالثاً منحرفاً اقصياً لا يستطيع تمييز الفخذ او الساق
او القدم، فيه قسمه الطوي ملتصق التصاقاً وثيقاً مع اتجاه الى اليسار حتى ان
تقوم هذا الانحراف مستحيل . والقوهة الشرجية مسدودة غير ان
الرفو ظاهر .

....

ورأسها هذا المخلوق كبير الحجم مستقيان ووزنه عشرة كيلوات

* * *

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الثاني سنة ١٩٣٨ م . الموافق لرمضان سنة ١٣٥٧ هـ .

بخر الفم

من المعلوم ان البعض تنبت من افواههم رائحة تنة تحمل الناس على الابتعاد عنهم .

ولا علاقة لهذا البخر بتبادلات الغازات بين المعدة والرئة اي لانبعاث الغازات من بعض المواد المتلعة والمنهضمة وامتزاجها بهواء الزفير واكسابه تلك الرائحة التنة ، بل ان لبخر الفم اسباباً اخرى غير ما ذكرنا .
وليست الحادثة موقفة تأتي وتزول بل حالة مرضية مستمرة تفعل فعلها وتؤثر تأثيراً سيئاً في معنويات المريض .

وقد جهل الطب برهة هذه الحالة ناسباً اياها الى اسباب مبتذلة : هضم غث ، استئان نخرة وغير ذلك . وعزا بعض من الجرايمين لبخر الفم الى اختتام عارض يحدنه بعض من الراجيات (bactéries) غير ان خية المعالجة بمطهرات الفم المتنوعة ولا سيما عدم عدوى البخر حتى بين الزوجين يدعواننا

الى نبد نوعيته والتفتيش عن سبب آخر .

ولنميز منذ الآن ببحر الهم الذاتي الذي تكلم عنه عن نتن رائحة الهم التي تطرأ على المصابين بافات النهاية متنوعة حادة او مزمنة مقرها الرئة او الهم والبلعوم : خراجات الرئة ، توسع القصبات ، التهابات الجيوب ، التهاب الهم الرئبي ، التهابات اللوزتين المزمنة ، التهاب اللثة المتقيح ، وغير ذلك . ونفني ببحر الهم الذاتي تلك الرائحة النتنة التي تنبث بلا انقطاع من افواه اشخاص يظهرن بمظهر الصحة الجيدة .

وقد عني منذ بضع سنوات بولديراف بدرس هذه الحالة وتمحيصها واثبت ان مصدر الرائحة النتنة جوف المدة وليس جوف الهم . فتى انصبت عصارة المدة والصفراء في المي وامتزجتا فيه بعصارة المي ا كتسبتا في بعض من الاشخاص خواص مخرشة ذات علاقة بمصارة المشككة (pancréas) واحداثا فعلها ولا سيما في من ساءت حالة امعائهم . فيتفاعل غشاء الامعاء المخاطي متقلصاً تقلصات عيفة تكون تيجتها ان السائل المخرش يعود الى المدة . فاذا كان محتوى المدة قلوياً عوضاً عن ان يكون حامضاً تجزأت المواد الهيولة المائدة الى المدة تجزؤاً ثناً وكانت عصارة المشككة المتبدلة منشأ هذا البحر . غير ان آراء بولديراف القميسة لا تنجو من الانتقاد . فاذا ضربنا صفحاً عن عودة المصارة المشككية المتبدلة الى المدة التي قد تكون فرضية محضة فان كثيراً من الاشخاص البحر الافواه ليسوا مصابين بنقص الكلورية بل ان محتوى معدهم حامض في معظم الاوقات وليس صالحاً للتفسخ الذي ذكرناه . اضف الى ذلك ان اقياء هؤلاء المرضى ليست نتنة الرائحة ،

حتى ان كيموس الامعاء حيث اليئة قلوية ، ليس تن الراتحة ايضاً . ولا يخفى ان عامل التفسخ في جهاز الهضم لا يحدث الا في الامعاء الفليظة ، فضلاً عن ان المعدة لا تفرغ افرغاً مستمراً غازها في جوف القم . فاستناداً الى هذه البراهين والى غيرها مما يطول البحث فيه تنفي المصدر المعدي وانبعاث الغازات من جوف المعدة الى القم واحداثها للبخر .

ولا يسلم تمشز باراه بولديراف بل يعزو بجحر القم الى مصدر معوي . فان غازات البخر التئة تصدر عن جهاز التنفس بجريان معوي رئوي . وقد بين ساناربيلي بالاختبار منذ بضع سنوات ان المواد الغازية او الطيارة اذا ما ادخلت في الامعاء مباشرة بطريق الشرج انطرحت بسرعة بالرئين مع الهواء المزفور .

غير اننا لا نستطيع التسليم بان بجحر القم الذي قد يكون تنأ لا يطاق سببه تلك الاجزاء الضئيلة من المواد الغازية او الطيارة التي امتصتها الامعاء وسيرتها في الدوران . ولا نستطيع تشبيه الامعاء الفليظة ، مقر هذه الاختتمارات التئة ، بمحاضر تنبعث منه هذه الغازات انبعاثاً مستمراً لان هذا لا يتوافق مع حياة الانسان .

ولا يستطاع التسليم ايضاً لا بفرضية تمشز القائلة ان الروائح لا تمر الى القم الا اذا كان غشاء الامعاء المخاطي متبدلاً . فان الغازات وجميع المواد الطيارة تمتصها جدر الامعاء حتى متى كان غشاؤها المخاطي سليماً واثبات هذه القضية بالاختبار ممكن .

وقد استند تمشز في زعمه هذا الى ان المصايين بجحر القم مريضة امماؤهم

ولا سيما قولوفاتهم في معظم الاوقات . ولكن اذا أصيب هولاء بجرح القم فلا يعني هذا ان الغازات يسهل مرورها خلال غشاء امعائهم المتبدل بعض التبدل .

ولا خلاف في ان تبدلات غشاء الامعاء المخاطي تؤثر دائماً في بطانة القم والمثل القديم القائل ان اللسان مرآة جهاز الهضم صحيح كل الصحة ومتى مرضت الامعاء لا تمرض المعدة وحدها بل القم ايضاً . وليست اقسام جهاز الهضم مستقلاً بعضها عن البعض الآخر كل الاستقلال بل انها متضامنة ويعمل تضامنها بتفاعل الشبكة العصبية الوافرة في هذا الجهاز . فان المصاب بمرض معوي مصاب في الوقت نفسه بمرض معدى . ومتى شفيت الامعاء شفيت المعدة في الوقت نفسه . واذا تألمت الامعاء تألمت المعدة ايضاً وتقص افرازها وساء هضمها وقلت كلوريتها وتبدل افراز اللعاب كمية وجوهرأ .

ولا يخفى ان نصف المصابين بالتهاب الزائدة يحتل افراز المصاراة في معدتهم وتزداد كلوريتهم، وقطع الزائدة بعيد المياه الى مجاريها في المعدة ويشفي اضطراباتها وقد بين سافارالي منذ السنة ١٨٩٢ ان اللعاب في القم لا يقوم فقط بدور التخثير بل انه قاتل للجراثيم وخاصة هذه، وان تكن ضعيفة، ناجعة في تخفيف وطأة الجراثيم شأن المقرزات المضوية الاخرى .

واللعاب الذي يحول دون نبت كثير من البذور كما يستدل من اختبارات شوب وفلورن القديمة يصف ويلطف في القم نمو الجراثيم ولولاء لتكاثر واشتدت وطأتها . وقد عرف ان اللعاب . ولو كثرت فيه الجراثيم ، لا يتبدل ولا تنتن رائحته اذا ترك وشأنه . ولعلم ان اللعاب في كثير من امراض جهاز

الهضم يفقد قسماً كبيراً من قوته المضادة للجراثيم كما هو الحال في مفرزات الامعاء والدمع والخ . فتتكاثر الجراثيم حينذاك كاسية غشاء التهم المخاطي بطلاء ابيض وسخ تترك مؤلف من طبقات من الخلايا والجراثيم . ويتن ريج التهم حينئذٍ حتى انه يشعر برائحته الكريهة عن بعد .
هذه هي علاقة اقسام الجهاز الهضمي بعضها بالبيض الآخر وعلاقة بخر التهم بأفات الامعاء .

فصل مكورات التهم العقدية المضاد للنتن

ان بخر التهم الحقيقي ذو مصدر موضعي . ولا ينكر مع ذلك ان ظهوره ذو علاقة في بعض الحالات بنقص افراز اللعاب . فلنمحص هذه الحادثة تحميماً دقيقاً .

درس سانارالي في سياق اختباراتهِ الحديثة انواع جراثيم التهم ولاحظ ان المكورات العقدية كثيرة وان انواعها عديدة وان عزلها من قلع الاسنان واللحاب ممكن . ودرس هذه المكورات العقدية التي تكثر في التهم ذو فائدة كبيرة فلا يجوز الاكتفاء بدروس اشكالها وانواعها بل يجب درس الدور الذي تلعبه لاننا اذا نظرنا من جهة الى الفتك الذريع الذي تفتكه هذه المكورات العقدية بالانسان ومن جهة اخرى الى كثرة عددها في التهم حقاً لنا ان نتساءل عما اذا لم يكن لظهورها فيه بعض الفائدة .

فليعلم اولاً ان مكورات التهم العقدية جراثيم مولدة للحامض . فهي تحمض بسرعة فائقة جميع البكتات الغذائية المحتوية على مائات الكربون مائة نمو الجراثيم الاخرى فيها .

وابتات هذه الخاصة سهل باختبارات بسيطة ولا سيما اذا ما استعملت ايكاس الكلوديون التي صنعها سانارالي وادخلها منذ عدة سنين في الممارسة الجراثومية فكانت منها فوائد عديدة ليس في التحريات الاحيائية فحسب بل في الكيمياء النروية ايضاً . وفي الكتب التي تبحث في فن الجراثيم وصف مختصر لهذه الايكاس ، ومن اراد الاطلاع على طريقة صنعها وطرز استعمالها كان عليه ان يقرأ مذكرات سانارالي الحديثة .

وهذه الايكاس مؤلفة من اسطوانات صغيرة من الكلوديون العادي المسكوب في قوالب ومرتبطة بمنق حبابية من الزجاج يستطاع سد نهايتها على لهب المصباح . وجدر هذه الايكاس تنفذها المواد المنحلة ولا تنفذها الجراثيم .

ويستطاع تعقيمها وملأؤها بمسئبات او مواد اخرى . وبعد ان تسد تدخل في جوف صفاق (périlaine) الحيوان او في انابيب فيها السوائل الغذائية .

وقد عرفت باستعمال ايكاس الكلوديون الحادئات التي تقع متى ملئت هذه الايكاس سوائل غذائية متنوعة محتوية على كميات قليلة من انقاض قلع سني ، ووضعت في انابيب اختبار فيها مرق عادي او ماء مهضمن (peptonée) واضيف اليها نسب مختلفة من مصل الحصان او مرق فيه سكر الحليب بنسبة ٢/٠٠ .

ولعلم ان القلع السني الذي كان يستعمله سانارالي في اختباره كان يأخذه دائماً من شخص سليم البدن حسن الصحة لا يجر في فمه البتة ، وكان

يبدو هذا القلح تحت المجهر كبقية الافلاح السنية مؤلفاً من اكوام جسيمة من الجراثيم ولم يستطع ساناوالي ان يزل من هذه الاكوام الجرثومية بالاستنبات الصرف الا بعضاً من انواع المكورات العقدية واما الانواع الاخرى الموجودة في اللعاب والقلح كالضماث والمتويات فلم يكن عزلها سهلاً وليعلم انه ما من نوع واحد من الجراثيم العديدة الرائحة التي عزلت من قلح سني واستنبتت في الليثات الفذاية المتنوعة قد انبعث منه رائحة كريهة حتى ان ملتويات (spirochètes) الهم نفسها التي تصادف في اعور الانسان والحيوانات والتي تمكن ساناوالي من عزلها منذ عدة سنين بالاستنبات الصرف لا تنبعث منها رائحة تنه ولو استنبتت في يثات آحية .

ولكن اذا استنبتت قلحاً سنياً مزوجاً باللعاب في انبوب فيه مرق عادي انبعث منه رائحة كريهة بعد بقائه يومين في حمام حرارته ٣٧ مئوية . فان المرق القلوي التفاعل دائماً تظهر فيه تفاعلات النشادر والتريت . وتكشف المعاينة المجهرية كمية كبيرة من جراثيم مختلفة: مكورات عقدية مكورات مزدوجة ، عصيات ، ملتويات والنخ .

ولكن اذا استنبت القلح نفسه في انبوب فيه مرق قد اضيف اليه مائات الكربون (سكر حليب بنسبة ٢ /٠) لا تنبعث من هذا المرق اقل رائحة ولو ترك طويلاً في المم .

ولا يبقى تفاعل اليشة قلوياً بل ينقلب بعد انقضاء ٢٤ ساعة عليه حامضاً ولا تكشف المعاينة الجرثومية اذ ذاك انواعاً مختلفة من الجراثيم بل المكورات العقدية وحدها . وما ذلك الا لان المكورات العقدية

هذا الجرثوم المولد للعاض والمحب له ، تولد بنحارها حامض اللبن على دكر سكر الحليب ، ميدة المرق المحلى حامضاً وماتمة نموجراثيم التفسخ فيه . ومن المعلوم ان هذه الجراثيم لا تستطيع بعث رائحتها البكرية الا متى تمكنت من التكاثر وافراز نفاثاتها المفسخة التي تفعل في الهوليئات ولا تستطيع هذا الا متى فملت في بيئة قلوية كالهضمين الثلاثي (tripsine) خلافاً لهضمين (pepsine) الذي يفعل في بيئة حامضة .

واذا صبت بضع قطرات من الانبوب الاول المحتوي على مرق هادي والتتن الرائحة الذي نبتت فيه انواع عديدة من الجراثيم المفسخة في انبوب ثاني من المرق المحلى بسكر الحليب بنسبة ٢٠٪ ووضع هذا الانبوب الثاني في الحمام ذات كل رائحة من الانبوب في خلال ٢٤ ساعة واحتوى هذا المستنبت على المكورات العقدية فقط . فيكون حامض اللبن الذي ولدته المكورات العقدية في المستنبت قد قضى على الجراثيم الاخرى المفسخة . والحصول على النتيجة نفسها ممكن ولو لم تستعمل بيئات سكرية فاذا ما كرر زرع محتوى الانبوب التتن الرائحة العديد الجراثيم في انايب اخرى من مرق اللحم وصنعت سلسلة من هذه الاستنباتات زالت الرائحة في النهاية فان القوة المولدة للعاض التي تتصف بها المكورات العقدية القوية خاصة مميزة لها حتى انها تتمكن من توليد الحوامض بكميات جزئية في بيئات هيولية صرفة فقيرة جداً بمائيات الكربون كمرق اللحم . ولهذا فان تكرار الزرع كافٍ للحصول بعد عدة استنباتات ، مع ان الزرع الاول كان شديد التآنة ، على مستنبت نقي من المكورات العقدية .

ويتمهي الامر بالمكورات القدية القموية متى تكاثرت وولدت البيثة الحامضة الى قتل الجراثيم الاخرى وبقائها سيدة الموقف لا ينافيها فيه منازع ان هذه الاختبارات في الانابيب تبين لنا بصورة جلية ما يحدث في القم وتكشف لنا عمل المكورات القدية فيه وقتلها للجراثيم الاخرى .

ولعل في عملها هذا بعض الفائدة للانسان متى اشتراك بعمل اللعاب القاتل للجراثيم فانها تمنع باحداث الحوامض في جوف القم، حيث البيثة قلوية او معتدلة ، الجراثيم الاخرى المفسخة عن النبت .

المصدر الجرثومي لبخر القم الذاتي

ان لبخر القم في الممارسة شأنًا عظيمًا فلابد ان عني بدروسه عناية كبيرة .

واتا نصف في ما يلي الاختبارات الاخرى التي اجراها سافارالي وقد استخدم في اجراها اكياسر الكلوديون ايضا .

الاختبار الاول : اذا ادخل في كيس من الكلوديون قلع سني مستعمل في بيثة غذائية قلوية مؤلفة من مصل الحصان ($\frac{1}{3}$) ومن ماء مهضين ($\frac{1}{3}$) ومن اوم من السكر (قطرتان الى ثلاث قطرات من مرق على بسكر الحليب بنسبة ٢ : ١) وغمس الكيس بعدئذ في انبوب اختبار فيه هذا المزيج الغذائي نفسه المقم حدثت الحادئات التالية :

اولاً : ان المكورات القدية تستعمل آثار سكر الحليب الموجود في كيس الكلوديون وتولد حامض اللبن مخمضة البيثة حتى ان نموها يتطلب على نمو الجراثيم الاخرى في القلع .

ثانياً : ان الحميرة المحمضة التي افزتها المكورات العقدية ترشح خلال جدار الكيس وتعمل في الكمية الضئيلة من سكر الحليب الموجودة في انبوب الاختبار محدثة فيه ايضاً حامض اللبن فلا تنبثق من الانبوب والحالة هذه اقل رائحة تنه .

ثالثاً : لا تكاد تمر بضمة ايام حتى ان الكمية الجزئية من السكر التي استعملتها المكورات العقدية واستماتت بها في انبوب الكولوديون للتغلب على الجراثيم الاخرى ، تنفذ وتضمحل فلا تمود المكورات العقدية قادرة على صنع الحامض فتغلب عليها جراثيم التفسخ التي تولد على وكس هيولينات المصل الذي يحتويه الكيس ، النشادر فيرشح مع الحماز المفسخة خلال جدار الكولوديون . فيصبح التفاعل قلوياً في انبوب الاختبار وتمود الحماز التفسخ قادرة على العمل وبث الرائحة التنه .

ويرسب في قعر الانبوب في الوقت نفسه بفعل النشادر في المصل الدموي رسوب مؤلف من القوسفات الترابية .

الاختبار الثاني : اذا لم تضاف الى كيس الكولوديون وانبوب الاختبار اللذين يحتوي كل منهما المصل وئله الميهضمن بالنسبة المذكورة آتياً ، القطرات القليلة من المرق الحلي بسكر الحليب تغلبت الجراثيم المفسخة التي يحتويها القلح في الحال على المكورات العقدية التي لا تستطيع التكاثر والنمو لحرمانها من مائات الكربون . ولا تحمض البيئة الغذائية مطلقاً . وبما ان الحماز المفسخة التي تكونت في الكيس تستطيع المرور الى انبوب الاختبار فان رائحته تصبح تنه ومنفرة .

الاختبار الثالث: اذا ادخل في كيس الكولوديون حيث القلح السني، مصلاً وقليل من الماء المهضمن فقط اي يثة فقيرة جداً بمائيات الكربون واذا غمس الكيس في انبوب اختبار فيه مرق محلى بسكر الحليب بنسبة ٢ / ٠.٠ مرّ سكر الحليب من المرق خلال جدار الكيس واستعملته المكورات المقدية فحضت البيئة الغذائية في الكيس غير ساحة للمكورات الاخرى المفسخة بالنمو على وكس المصل ولم تحصل الرائحة التتة. ويصبح المرق المحلى بسكر الحليب في الانبوب حامضاً ايضاً لان كمية سكر الحليب فيه وافرة وكافية لسد حاجة المكورات المقدية مدة طويلة ولا تستطيع جراثيم التفسخ السيطرة في الكيس مطلقاً ويظل المرق دائماً عديم الرائحة.

الاختبار الرابع: اذا غمس كيس من الكولوديون فيه قلح سني مستحلب في مرق محلى بسكر الحليب بنسبة ٢ / ٠.٠ في انبوب اختبار فيه مصلى حصان وماء مهضمن اي في يثة فقيرة جداً بمائيات الكربون تشكّار المكورات المقدية تشكّاراً شديداً اولاً في الكيس وتولد كثيراً من حامض اللبن بسرعة فيمر خلال جدار الكيس الى الانبوب ويحض المصل والماء المهضمن فيه فلا تنبعث منه رائحة كريهة. غير انه لا تمرّ بضعة ايام حتى تضجّل الكمية القليلة من سكر الحليب التي يحتويها كيس الكولوديون فتتلب اذ ذاك جراثيم التفسخ ويتكون النشادر ويحترق جدار الكيس مبيداً يثة انبوب الاختبار الحامضة قلوية او معتدلة. وتمرّ في الوقت نفسه الحماز المفسخة فتكسب المصل في الانبوب رائحة كريهة.

ومهما تعددت هذه الاختبارات فالنتيجة واحدة فان المكورات المقدية

متى وجدت مائات الكبرون استخدمتها ونمت وتكاثرت وحمضت اليشة
مانعة جرائم التفسخ في القم كما في الزجاج عن التكاثر ومتى اضمحلت مائات
الكبرون نمت جرائم التفسخ على وكس الهوليات وكانت منها تلك
الرائحة النتنة .

يبقى علينا الآن امر لا بد من حل الفازة . لماذا مستتب القلع السني
تنبث منه رائحة كريهة في اليشات الآحية ولماذا تظل مستتباته النقية بلا
رائحة مع ان الجرائم قد عزلت من القلع نفسه ؟
ذلك على ما يرجح لان جرائم التفسخ متى اشتركت كانت قادرة على
احداث تبدلات نتنة على وكس عصير اللحم ولكن نوعاً واحداً منها
لا يستطيع ذلك .

وهذا ما يقع على ما يرجح في ثانة الالف قد اتهمها عدة عوامل نوعية
في احدث هذا الداء كما في الانسان .
و يرجح ان الثانة في الالف تنشأ من فعل جرائم عديدة .

ولا كمن ما هو فعل اللعاب في هذه الانواع المتنوعة من جرائم القم التي
تحدث افئالا شبيهة بما يحدث في انابيب الاختبار ؟
ان لعاب عذا القمل المخمر فعلاً آخر في القم فهو قاتل خفيف للجرائم
او مثبت لها وخاصته هذه تمنع نمو الكثير منها كما تمنع عصارة الامعاء الجرائم
عن النمو فيها .

فاقراز اللعاب المستمر وريته لعشاء القم المخاطي يضيف نمو المكروبات
المعدية والجرائم الاخرى المفسخة ... فتى اختل لسبب من الاسباب هذا

الافراز في جوف القم اء في جوف الامعاء توفرت الشروط الملائمة للجرائم
للمنمو في احد الجوفين او في كليهما . فلا عجب اذا ما صودف بمجر القم في
المصاين بامراض الامعاء والقولون والمعدة

ومن الواضح ان الاختارات في القم وثانة ريحه قد تنشأ من تبدلات
في كمية افراز اللعاب او في جوهرة وانها قد تنجم انعكاساً على ما يرجح عن داء
معدي معوي فتسهل نمو جرائم القم المفسخة . وقد توافق الشروط الموضعية في
القم المكورات المعقدية على النمو فيه لمضادة تلك الجرائم المفسخة فيخلو
لها الجو .

والنتيجة : ان مصدر بمجر القم ليس معوياً ولا رئوياً ولا ناشئاً من جرائم
خاصة تصدر عنها الرائحة التنتية . بل ان بمجر القم موضعي المنشأ وسببه اختارات
تنتية مبتدلة تظهر في جوف القم بعد ان تتوفر الشروط التي ذكرناها آنفاً

٢٠٢ خ



طريقة حديثة في معالجة داء اللاشمانيات الجلدي

حبة الشرق

ترجمة الطالب البدي شفيق البابا

لا جرم ان معالجة داء اللاشمانيات الجلدي المنتشر في سواحل البحر المتوسط او الشكل المعروف منه بحبة الشرق لم تفض الى نتائج سارة مجدية ، اذ لا شك ان شكلاً سريراً من مرض موضع كهذا يشفى عفواً رغم طول امدده (زهاء سنة تقريباً) بعد ان يترك ندبة مشوهة يجب ان ينظر الى مداواته نظرة خاصة ، اي يحتم إيجاد علاج او طريقة مداواة توافق الشروط الاساسية التالية :

١ - ان يكون فعلاً في اللاشمانيات سريعاً لتتمكن من اتلافها في اقصر زمن ممكن .

٢ - ان لا يبيد جسم المريض نحوها عدم تحمل عام او موضع ، اذ من الضروري ان لا يكون العلاج نفسه سبباً في ظهور عوارض جديدة تكون سبباً في التهاب النسيج وتخريبها تنضم الى صفات حبة الشرق التي تميل الى التفرح فيقع الشفاء بعد ندبة ممية او مستقبحة .

٣ - ان يكون فعلاً أكيداً وثابتاً وهذا لا زب لسد ما نوهنا به من النقص في آفة تسير من نفسها الى الشفاء ويتم هذا بعد سير زمن يقضي الى تكون الندبات الممية .

ولا مشاحة ان الوسائط التي هي في متناول الطب في الوقت الحاضر لا تنفي بالعرض اذا ما محصت تحميماً دقيقاً ضمن هذه الشروط ويتسنى لنا ان نقند ذلك بما يلي :

ان الدردى المتيء ، ذاك العلاج الحسن التأثير في معالجة دله اللاشمانيات الحشوي ، لا تأثير له تقريباً في حبة الشرق اذا ما اخذ جرعة عن طريق العم ، اما اذا استعمل موضعياً اي حقناً تحت اللصمة كانت منه مساوي متعددة ، ويتبين اذا دقق فيما ذكره عنه مختلف المؤلفين من المشاهدات ان فائدته ليست بالامر الثابت ، وتتضارب النتائج الباهرة او السارة التي لاحظها الآخرون . ولا اظن مطلقاً انه يمكن ان ينهم في ذلك تعذر تطبيق طريقة المداواة ، اذ تقوم المعالجة الموضعية بحقن لحمة الجلد بالعلاج بصورة تخضب معها جميع النسيج ، فضلاً عن ذلك فان من اكبر سيئات هذه الطريقة شدة اليلام المستحضرات التي اساسها الدردى المتيء مما يسهل ظهور التظاهرات الموضعية الخربة بشكل التهابي تؤدي الى نخر وبالتالي الى ندبة قيحة مشوهة وتضطرب هذه الموارض التي قد تصادف تقريباً في جميع مستحضرات الاثمد (ستيبال ، ستيوزان ، والستيوزان الجديد وغيرها) بمساوي اخرى تتناسب مع عدم تحمل العلاج ، وقد برهن (موفاسيلي) في بحثه الجديد الذي كرسه لدراسة حبة الشرق ما شرعناه من عدم ثبات فوائده هذه المعالجة ونبه الانظار الى المساوي الكثيرة الناجمة بوجه خاص عن عدم تحمل العلاج وما لها من الوخامة الخاصة . وان ما اعتقده ان ما ينقص من فائدة الاثمد كمعالج لحبة الشرق هو تأثيره المحرق الشديد الذي يسهل

النخر في الحبة اللايشمانية وما قد ينضم اليه من اثنان ثانوي يمزى اليه تخرب النسيج وتلفها .

ولقد واصل المؤلفون السعي الى ايجاد طرق جديدة لمعالجة حبة الشرق ، فلما اشار بعضهم في هذا الصدد بالجنوح الى الطرق الجراحية او الوسائط الحكيمة ، اما الاولى (من استئصال او تخثير كهربى) فما لا تنصح به خشية ما قد تجره من التشوه وان للاستئصال الجراحي جميع مساويء التدبة فضلاً عن معاودة النكس الموضعي ايضاً . اما الاشعة المجهولة واشعة الراديويم التي يمكن اعتبارها من الوسائل المفيدة فان معالجة الاشكال الالتهابية والحبيبية بها متعذرة ، اذ يسر تعيين المقدار الملائم فيها للورم الحبيبي بالنسبة الى الدور الذي ظهر فيه ، وكثيراً ما يصب على الطبيب التفريق بين المقدار الخطر ومع هذا فان النكوس كثيرة .

وأنستخلص من هذه الفحة الموجزة نتيجة اقر بها جميع اطباء الامراض الجلدية وهي ان الوسائل المختلفة المتداولة في معالجة حبة الشرق افادت بمضر الفائدة وهذه ايضاً لم تثبت بصورة اكيدة ، ويبدو هذا اكثر جلاء فيما يتعلق بالادواء اللايشمانية الاميريكية ذات السير الوخيم والميت في معظم الاحيان .

ولقد طبقت حديثاً وللمرة الاولى ، اذا امكن الحكم بتقصي تاريخ الطب ، طريقة حديثة اهتمت اليها اثناء بحثي في مداواة هذه الآفة الجلدية المنتشرة في سيسيليا (Sicile) وهي معالجة مضادة للحيوافات الوحيدة الخلقة وضعت لمداواة البرداء . وكانت منها نتائج باهرة في شكل آخر من ادواء هذه الحيوافات

اي في داء اللامبليات وهي نتائج لا تزال تلس فائدتها كل يوم . وهي المعالجة باحد مشتقات الاكريدن (الاتبرين) . فكانت نتائجها حسنة ايضاً وسأعرض هنا خلاصة عنها مبدئاً لأنها البحث الطريقة المفيدة فيها .

اختبرت هذه الطريقة اولاً كمعالجة عامة ثم موضعية ، غير ان النتائج الباهرة التي استحصل عليها في التطبيق الموضعي قصرت المعالجة عليه وقد عولج بهذه المداواة (١٤) حالة ثبت وجود اللايشمانيات في جميعها على الرغم من عدم مداواتها بمعالجة اخرى .

المعالجة المختلطة

الحال الاول : ك - ل في الحادية والعشرين من عمره على جبهته منذ ستة اشهر حبة نموذجية بحجم قطعة القرشين المعدنية كانت متقرحة قليلاً وبارزة ومرتشحة ، ودل فحص النطاخة منها على غناها باللايشمانيات .

المعالجة العامة : اعطي المريض خلال سبعة ايام متوالية مقدار (٠.٣٠) غ من الاتبرين يومياً فلم يلبث ان شحب لون الآفة بعد الايام الاولى من المداواة شعوباً واضحاً ، وتبين نقص عدد اللايشمانيات بعد تحريها مرة في كل يومين غير انه ثبت وجودها حتى اليوم الثامن رغم تحسن اعراض الآفة السريرية وبدأ على المريض لون اصفر خفيف .

المعالجة الموضعية : ثم لجلي في عقب ذلك الى اجراء حقن تحت الادمة مختبب معها الحبة باجمها كان في كل منها مقدار (٠.٥) من الاتبرين محلولة في (١) سم^٢ من الماء المقطر ، فكانت نتيجة ذلك ان ظهرت وذمة خفيفة شاحبة اللون

امتدت أكثر من ٢٤ ساعة بدون ان يرافقها اي ارتكاس التهابي او ألم موضع محسوس ، وسرعان ما شرعت الحبة بعدھا بالتقهقر ، ودل الفحص على فقد اللايشمانيات واستمر ذلك شهراً بعد المشاهدة اذ عادت الحبة مسطحة تماماً

الحال الثانية: و . س . في ريمه الثامن اصيب منذ ثلاثة اشهر بحبة صغيرة في وجهه (بحجم الحمصة الصغيرة) وبين الفحص كثرة اللايشمانيات فيها ، فاجريت له المداواة السابقة نفسها بمقدار (٠.١٠) عن طريق الفم ، فشعب لون الآفة عند انتهاء المعالجة واختفت اعراضها تقريباً ولكن اللايشمانيات ظلت موجودة رغمًا عن تناقص عددها باستمرار وكان لون جلد الوجه ضارباً الى الصفرة . ثم عمدت الى المعالجة الموضعية بمقدار (٠.١٠) بحسب الطريقة المعتادة فكان الغرور سريعاً واختفاء اللايشمانيات تماماً . وظل الفحص سليماً طيلة شهرين .

الحال الثالثة: م . ل . في السادسة من عمره فيه منذ بضعة اشهر حبة تينت كثرة اللايشمانيات فيها بعد الفحص ، عولج بالمعالجة السالفة نفسها فاخضت اللايشمانيات تلو المعالجة الموضعية وعقبها الشفاء وكان الفحص سليماً بعد شهر من ذلك التاريخ .

الحال الرابعة: لا . ج . في الثانية والعشرين من عمره اصيب بحبة في خده منذ ثلاثة اشهر يقرب حجمها من حجم قطعة القرشين المعدنية كانت بارزة ومرتشحة ومتقرحة المركز ، واثبت الفحص ان فيها كثيراً من اللايشمانيات ، فشرع بمعالجته يومياً بالابتريين وحقناً في الوريد بمقادير متزايدة (٠.١٠) ، (٠.٢٠) ، (٠.٣٠) فلم يزعج منها وبدا تلو ذلك تحسن

سريري بين ولم تفضل الالاشمانيات بل تضاعف عددها جداً بعد اليوم الرابع، واختفت تماماً بعد المعالجة الموضعية المعهودة وعاد تحريرها بعد شهر سلباً.

العالم الموضعي الحية

بعد ان ظهر سير هذه الآفة وتطورها في هذه الحالات التي ساعدت على تبديل المعالجة، اعتمدت على المعالجة الموضعية فقط في عشر احوال اخرى عالجت اربعاً منها بحقن نصف المقدار المقتن (٠.٥) في كل ثلاثة ايام وكررت ذلك مرتين، ولما اتضح لي حسن تحمل العلاج الموضعي وفقدان الارتكاس زدت المقدار فكان (٠.١٥) يحل في (١ - ٢ سم) من الماء المقطر بحسب سعة الورم الحبيبي وتحقن دفعة واحدة. وكان البحث عن الالاشمانيات يجري بعد ذلك مرة في كل يومين طيلة عشرة ايام ثم فواصل مختلفة بعد ذلك وانتهت جميعها بالشفاء. وقد زالت الالاشمانيات في الحالات التي عولجت بحقنة واحدة (ثلاث حالات) حتى اليوم العشرين. اما الحالات الاربعة الاخرى فقد توبر على فحص الطفيليات فيها طيلة شهر ولم يتلها اي انكس يبين مما تقدم ان النتائج ممتازة من جميع الوجوه وارى من الفائدة نشرها رغم ان احصائي المجموع عن هذه الآفة القليلة الانتشار في سيسيليا لم يكن كافياً لدعم هذه النتائج التي يمكن اختبارها في انحاء اخرى تكثر فيها حبة الشرق.

ولنشرح الآن بعض ملاحظات تتعلق بطريقة المداواة وطرز تأثير العلاج.

لا غرو أن من اهم حسنات هذه الطريقة هو حسن تحملها الموضعي ، فيجب ان تجرى الحقن بصورة ان السائل المناسب مقداره مع ابعاد الورم الجيبي يخفض جميع النسيج الى عمق معين وان تكرر الحقن تحت لحمة الجلد في مواضع واعماق متباعدة بعد تطهير الجلد موضعياً بصورة يفقد معها الدم من النسيج المحيطة من جراء ضغط السائل المحقون به . ويشتكى المريض ألم تورطفيف لا يلبث ان يتلاشى بعد ذلك ، واذا ما اتقن الحقن توخّم الجلد قليلاً وشعب لونه ، وتستمر هذه الوذمة الشاحبة مدة تتراوح بين (١٢-٢٤) ساعة او تزيد قليلاً وتهدأ لموضع الآفة لوناً مميزاً ويصبح قوام الوذمة فيها عجينياً ينور في اليوم التالي. ولا ترافق ذلك او تتلوها ارتكاسات النهاية عامة او موضعية، ويثبت الفحص الجري بعد (١٢ او ٢٤ او ٤٨) ساعة تضاول الالاشمانيات المتضخمة وعودتها محيية وهذا سواء فيما كان منها في ظاهر الحلية او في باطنها، ولا يرى على الضد ما يشير الى تأذي الخلايا النسيجية ويتلام هذا مع فقدان الارتكاسات الموضعية واهم منه فقد الندب بفؤور حسن .

وقد تكفي في بعض الحالات كما تقدم حقنة واحدة ، ولكن مما لا شك فيه ان تعيين المقدار النهائي الموافق في المعالجة يجب ان يبنى على احصاء واسع جامع وسأعود الى هذا البحث قريباً كلما اتسح امامي المجال واتسع نطاق المشاهدات التي يمكنني ان استند اليها .

المؤسسة

لقد استعان المؤلف للمرة الاولى على معالجة داء الالاشمانيات الجلدي

بمستحضر يبيد الحيوانات الوحيدة الحلية متداول في معالجة الورداء (اتيبرين)
وعالج بذلك (١٤) حالة من جبة الشرق ، وكانت هذه المداواة عامة
وموضعية في بعض الحالات وموضعية بحثة في معظمها وانتهت جميعا بشفاء
محقق اختلفت معه الالاشمانيات حتى بعد الحقنة الاولى ، ولذا فهو ينشر هذه
الطريقة من المعالجة التي ترجع بحسناتها الثابتة على جميع الوسائط المتبعة
في الوقت الحاضر .

فرنكو فلادير



اتقاء التهابات الاوردة في عقب

العمليات ومعالجتها

لا يزال التهاب الوريد على الرغم من الاحتياطات والاعتناءات . احدى المراقيل الخطرة التي تمقب العمليات على البطن .
واذا كان منشأ الحقيق وآلته لا يزالان مجهولين في معظم الاوقات فان الاختبار يلمنا ان ظهوره مرتبط في الغالب بعدد من الشروط السابقة المعروفة التي تؤهب بعضاً من النساء لظهور هذا الاختلاط . فان النساء المرضات له يكن قد بلن او تجاوزن المقد الرابع ، سامنات لا بل منفضجات تعترين اضطرابات غدية وقلية رئوية ، ضغطهن الشرياني منخفض ودورانهن الوريدي مختل ودمهن متبدل لسوء وظيفة الكبد او لتزوف مكررة وقد ازدادت لزوجته ودرجة تخثره .

واذا كانت هؤلاء النسوة مرضات لالتهاب الوريد فلا نظن ان العمليات الكبيرة فقط سبب مؤهب لحدوثه فان جميع العمليات على البطن والعجان حتى البسيطة منها كرتق الفتق وقطع الزائدة في دور البرودة وجرف الرحم وتصنيع العجان قد تحدث هذا الاختلاط . فعلى الجراح حتى في عمليات كهذه ان يأخذ الاحتياطات لاتقاء هذه المرقلة قبل العملية وفي اثنائها وبعدها .

الاحباطات الواقة قبل العملية : مختصرها بما يلي :

١- ألا تثبت المدة للبضع في فراشها بل يشار عليها بالشي والحركة حتى يوم العملية وإذا كانت هذه المرأة قد لزمت فراشها فعلى الجراح ان يمتنع عن اجراء العملية مشيراً عليها بالتجول عدة ساعات في اليوم بضعة ايام متوالية . ولا سبيل الى مراعاة هذه القاعدة الا في المريضات الحاليات من التمعن اللواتي لم ترتفع حرارتهن .

٢- ألا تبضع المريضة قبل ان يقاس ضغطها الشرياني وبعد نبضها ويصنّى الى قلبها حتى اذا كان ضغطها منخفضاً عولجت قبل اجراء العملية وبعدها بارتفاعات الضغط (ادرنالين ، افدرين ، براسيل ، ديجتالين والنخ) .

٣- ان تجتنب ، الا حين الضرورة القصوى ، الادوية المخثرة واذا تبين ان زمن التخثر قصير استعمل في زمن تحضير المريضة الايروديناز (hirudinase) ومقادير كبيرة من ليونات الصوداء اعطي هذان العلاجان في اليوم الثاني للعملية .

٤- ان يعد البدن للدفاع ضد العقوة بمحقن البرويدون (حققتان او ثلاث حقن بفاصلة ثلاثة ايام) او باعطاء السابترين او الرويازول او البروتوسيل بطريق القيم .

الاحباطات في سياق العملية : مختصر بمراعاة قواعد الطهارة مراعاة تامة وبالأرقاء الحسن ، واجتناب ربط الاذنان النازقة كتلة واحدة ورض اوردة الحوض . واما نوع التخدير فليس له ذلك الشأن الكبير وكذلك القول في طرز استدئصال الرحم (التام او الناقص) وفي التفجير او حذفه ، فكل

هذا تابع لمادات الجراح وطريقة عمله .

الاحتياطات بعد العملية : تنبى على المعلومات التي جمعت قبل العملية .

وأفضل احتياط بحسب شاليه هو دعوة المريضة الى النهوض الباكر بعد انقضاء اليوم الثاني على العملية أياً كان نوعها، هذا اذا لم يكن النهوض مستطاعاً قبل ذلك اي اذا كانت العملية لا تستدعي ملازمة السرير .

غير ان النهوض الباكر لا يكفي ولا يفيينا من مراقبة دقيقة نقوم بها ليس للحرارة فحسب بل للنض أيضاً الذي يفوقها شأنًا في التشخيص والانتذار . ولا بد في الحالات الشديدة أيضاً من مراقبة الضغط الشرياني ووزن تختبر الدم . ويمكن الطبيب . اذا ما راعى هذه الامور ، من استدراك الخطر باعلاق الملق واعطاء العلاجات المضادة للتخثر ومقويات القلب في الوقت المناسب .

ومتى اتخذت هذه الاحتياطات جميعها اتقي خطر التهاب الوريد في معظم الاوقات ولا يزال يبدو على الرغم من مراعاتها حيناً بعد حين بمض من العلامات المنذرة لبدء التهاب الوريد ، وسر النجاح ان نرقب هذه الموارد عن كثب كأننا نتظرها لنمد المدة لمكافحة هذا الاختلاط واجهاضه .

الماجلة المجهزة : تمتد بحسب شاليه الى المبادئ التالية :

١ - المتابعة على النهوض والاكتار من المشي وفي مراعاة هذه القاعدة امضى سلاح لاتقاء التهاب الوريد غير ان المرضى الذين نضمهم هم الذين يكونون قد نهضوا منذ اليوم الثاني او الثالث او الرابع وتكون قد بدت فيهم علامات منذرة بالتهاب الوريد : كلسراع النبض وارتفاع

الحرارة وألم الحماة وتورم الساق او القدم فاز هولاء عوضاً عن ان ندعوهم الى ملازمة اسرهم نشير عليهم بتركها والتجول ما امكنهم . ويستحسن تخفيفاً للالام وتسهيلاً للمشي ان يلبس على الحماة من الاسفل الى الاعلى ضماد من الكريشة ويشد شداً معتدلاً ليدعم الحماة ، يلف هذا الرباط قبل النهوض وينزع حين النوم ليراقب سير التهاب الوريد ويستعاض عنه بتضميد رطب حار يترك الليل بكامله .

٢ - رفع السرير في حذاء القدمين تسهلاً لدوران الدم في اثناء الاضطجاع .

٣ - اعطاء مقويات القلب ورافعات الضغط ..

٤ - اعطاء مضاد للتخثر كليمونات الصوده (٤ - ٦ غم) والايروديناز واعلاق علقنتين او ثلاث علقات على جذر الفخذ في كل يوم او في كل يومين . واعلاق العلق لاشخاص مثابرين على المشي ، فيه كل القائدة وليس فيه اقل محذور ولا سيما محذور الصيامه .

هذا ما يستعمله شاليه منذ زهاء عشر سنوات في كل التهاب وريد تبدو اعراضه المنذرة في مبضوعين يكونون قد نهضوا باكرأ من اسرهم . وهو لم يرب في سياق هذه المدة جميعها التهاب وريد واحداً صريحاً واضح الملامات ولا عقايل ولا عوارض .

فان مبضوعيه الذين يتجاوزون الالفين والذين نهضوا باكرأ من اسرهم بعد عملياتهم الجراة على البطن قد نجوا جميعهم من التهاب الوريد التام الصريح مع ان زهاء خمسين منهم قد ظهرت فيهم اعراض منذرة بحدوث هذه الطائفة

غير ان اخذ الاحتياطات التي ذكرناها منعت التهاب الوريد عن اكمال سيره ومع ذلك فان خمسة من هولاء المرضى على الرغم من المعالجة ومن المشي الباكر ظلت علاماتهم آخذة بالازدياد: الألم واسراع النبض والوذمة التي كانت تنتشر يوماً عن يوم. فلم يثن استمرار هذه العوارض شأليه عن استعمال طريقته فيهم بل ظل على الرغم من امراضهم الدالة على التهاب وريد آخذ بالسير يدعوهم الى المتابعة على المشي وصمود السلام واخذ مقويات القلب والعلاجات المضادة للتخثر فكانت النتيجة ان الالتهاب اجهض والحالة تحسنت اخيراً كما في التهاب الوريد المبتدىء الخفيف.

والامر الذي يستلقت النظر في معظم الحوادث ان التحسن يبدو بانخفاض الحرارة ونقص عدد النبض وخفة الألم او زواله غير ان الاتجاج يستمر اكثر من ذلك.

ولا بد في الحالات الخطرة من اسبوع كامل لهجوع هذه الاعراض فعلى الطبيب ان يتجمل بالصبر ويثبت في المعالجة. فزمن المعالجة المجهضة قصير ولا يضطر المبتضوع الى الاستشفاء مدة طويلة لان الاعراض النذيرة بالتهاب الوريد تظهر عادة في اليوم العاشر فاذا ما احتاج المريض بعدها الى عشرة ايام ليشفى تكون مدة استشفائه ١٨ يوماً وليس هذا بطويل لمريض بضع بطنه.

وانا نقول ونكرر القول ان النجاح تابع لحسن المراقبة حتى اذا ما بدت العلامات الاولى كوخث المكافئة الصارمة.

ولا تستعمل هذه المعالجة الا في من كانوا قد نهضوا باكراً من اسرهم

وبدت فيهم هذه الاعراض . اما الذين لازموا اسرهم وظهر فيهم التهاب
 الوريد او الذين التهاب وريدهم ولم يشخص الا بعد ان اتضحت اعراضه
 وعمت الطرف السفلي جميعه فخير لهم ان يعالجوا المعالجة الدورية بالتثيت .
 ولعلم ان التهوض الباكر والمثابرة على المشي بعد ظهور العلامات المنذرة
 بالتهاب الوريد لا يعرضان المريض لخطر الصمامة الميتة . فان الصمامة
 لم تصادف قط في التهابات الاوردة المبتدئة او المشكوك فيها ولهذا الامر
 شأنه في السريريات .

م . خ .



التهاب الوريد الازرق

كان التهاب الوريد ولا يزال الشغل الشاغل للطبيب والجراح ممّا لما قد ينشأ عنه من المراقيل الخطرة ولا سيما للصامة التي قد تنفك عنه وتقضي على الحياة وقد دعوا الالتهاب المتصف بوذمة بيضاء في الساق التهاب الوريد المؤلم الأبيض غير أنهم لاحظوا أيضاً أن الجلد قد يكون بنفسجياً فسموا هذه الحالة التهاب الوريد المؤلم الازرق وكانوا يكتفون لتليل هذا الازرقاق بانتشار الالتهاب الى وريدات الجلد .

غير أنهم لم ينتهوا الى خطر هذا النوع من التهاب الوريد ولا الى كونه التهاب وريد مرقلاً لأن الجهاز الشرياني المرافق في هذه الحالة يكون قد التهاب بدوره . وعلاوة على خطر الصامة ترى المنغرية تهدد الطرف في الالتهاب الازرق الذي جدّ في درسه في هذه السنوات الاخيرة وفي معالجته المعالجة المواقفة .

....

ان التهاب الوريد الازرق شكل قادر اذا قيس بالتهاب الوريد الأبيض والملاحظات المنشورة منه قليلة جداً . غير ان هذا لا يعني ان كل ما شوهد منه قد نشر لانهم لم يكونوا يرون فيه اختلافاً عن التهاب الوريد الأبيض الا بلون الجلد فقط ولم يكونوا يملكون شدة خطره . وقد اظهرت لنا تحريات لريش والبرت ولوديه في هذه السنوات الاخيرة ان التهاب الوريد الازرق

لا يتصف باختلال الدوران فقط بل باضطرابات وعائية حركية عرفت في يومنا حق المعرفة وهي ارتكاسات الاوعية بازاء الالتهاب ويقول لوبري ولو فل ان الوريد يتفاعل بازاء الالتهاب بالتوسع والشريان بالتقلص .

يظهر التهاب الوريد الازرق في الطرفين السفليين كما يظهر التهاب الوريد الاييض وقد يظهر في الطرف العلوي كما في مشاهدة وارنير وفريخ حيث ظهر الالتهاب في عقب حقنة وريدية بمصل نوومه فقد لاحظ طيب الحفر ان اليد ازرقّت بعد الحقنة بساعتين ثم ان الساعد واليد بردا في اليوم الثاني وانتشرت الغرغرية انتشاراً سريعاً في الايام المقبلة وقضى المريض نومه . وقد اظهر فتح الجثة خثوراً (thrombose) في الوريد الرأسي بمحذاه الحقنة . واما بقية جهاز الدوران الشرياني والوريدي في الساعد فكان سليماً ، وليس للجنس كما يظهر اقل تأثير فيه فهو يظهر في النساء ظهوره في الرجال .

وبدوء فجائي فتارة يستلقت الالم الانظار وطوراً اصطبغ الطرف المصاب بلون بنفسجي . واما الودمة والانتباخ فليسا عرضين اولين كما في التهاب الوريد الاييض خلافاً للتشوشات الشريانية التي تناسب تظاهرات الداء الاول .

والآلم ، هذا المرض البدئي ، مبرح يوقظ المريض من نومه اذا بدا ليلاً ويسره في مكانه اذا كان مستيقظاً وينبهه من ذهوله اذا كان مرضه قد القاه في هذه الحالة . غير ان بدء الالتهاب بالآلم ليس القاعدة المطردة فقد يبتدىء كما ذكرنا بلون الطرف البنفسجي .

وليس مقر الالم معيّنًا فهو ، اذا استثنينا الحادّات التي يبدو فيها الالتهاب في عقب حقنة وريدية حيث الالم مستقر في تلك البقعة ، منتشر في الطرف جميعه ومتشع من نهايته الاولى الى الثانية بدون ان يكون له مقر معين ويستمر ٣ - ٤ ساعات ويؤول منذ ظهور العلامات الاولى لتحسن الدوران والازرقاق كالالام مفاجيء ويأتي في التهاب الوريد الازرق ، ويختلف اصطباغ الطرف ويتبدل من الوردي المتشع الى البنفسجي الصريح . فهو منظر اختناقى تظهر به النسج جميعها ويتبدل بعض التبدل بين ان يكون الطرف مرفوعاً او منخفضاً .

واللون متجانس وقد يعم الطرف جميعه منذ الاصابع حتى القوس الفخذية . وقد يكون اللون اكثر انشباعاً في حذاء نهايات الاصابع . وتبدو احياناً ترخات (marbrures) وصفائح متفاوتة الاتساع عرضاً عن الازرقاق التجانس والجلد في الاقسام التي تفصل هذه الترخات او الصفائح شاحب أو أدكن . ويخيل ان توضع هذه اللوحات غير تابع لعمل الجاذبية لان اللون الازرق يشغل الوجه العلوي كالانحاه المنخفضة .

وبعد ان تبدو العلامات الاولى لمودة الدوران يخف الازرقاق ثم يزول وتضمحل البضات الشريانية اذا ما فُكّر الطيب في التفتيش عنها . وتقف هذه البضات عند القوس الفخذية أو تحتها قليلاً . ويناسب وقوف البضان الشرياني هبوطاً كبيراً في الضغط او زواله التام وكذلك القول في التوجات ووقوف الدوران الدموي في الشرايين ترافقه برودة سريعة في الطرف استطاع الشعور بها باليد لشدتها اذا ما قوبلت بالطرف الآخر .

وتفقد المضلات للسبب نفسه قوة تقلصها فيمجز الطرف ويفقد كل حركة . ويضعف الحس شيئاً فشيئاً حتى ان الجلد يفقد حسه في خلال بضعة ساعات ان هذه العلامات جميعها خاصة بالتهاب الوريد الازرق وهذا ما يميزه عن التهاب الوريد الالبيض المؤلم المادي .

والوذمة نفسها ، هذا الشاهد الامين على بدء التهاب الوريد ، ليست ناتجة وقد لا تظهر ابداً ، فلم تكن وذمة عند الكمين ولا امام الظنبوب في مشاهدة كادنه . واذا ظهرت فانها تبدو بعد بدء العوارض الاخرى بعدة ساعات او بعدة ايام سائرة حينذاك سير وذمة التهاب الوريد اي ان شفاها يطول . بهذا يختلف التهاب الوريد الازرق عن التهاب الالبيض . وما عدا ذلك فان الحرارة تملو في بدء المرض متموجة بين ٣٨,٥ و ٣٩ .

والنبض يسرع اكثر مما في التهاب الوريد المادي وقد يبلغ ١٢٠-١٣٠ في الدقيقة .

وتسوء الحالة العامة في هذا الشكل اكثر منها في التهاب الوريد الالبيض فقد يستولي على المريض الضجر ويشعب لونه ويبلله عرق بارد ويسرع نبضه ويضعف ولا يكاد يمد ويشعر بأن اجله قد دنا .

ولا يختلف سير التهاب الوريد الازرق اقل اختلاف عن سير التهاب الوريد المادي وليست مدته اقصر ولا اطول وعواقبه هي هي : الوذمة والتمل والاضطرابات الاغذائية . والصامة فيه كما في ذاك متوسطه الحدوث غير ان ما يزيد انذار التهاب الوريد الازرق وخامة هو تشنج الشرايين الذي قد يبلغ درجة التشنجية ويدعو الجراح الى البتر غير ان هذه النهاية

القاحجة ليست القاعدة المطردة فان الازرقاق يزول عفواً او بفعل المعالجة في معظم الاوقات . فيسير التهاب الوريد الازرق سير التهاب الوريد الايض ويزول سطر الفنثرية واما خطر الصمامة فيظل ماثلاً امام العينين كما في كل التهاب وريد .

يستتبع مما تقدم ان التهاب الوريد الازرق شكل اشدّ خطراً من التهاب الوريد الايض . وما خطره الا لان انسداد الشرايين مزيد فيه على خطر الصمامة الرئوية . واذا اتجه انسداد الشرايين في بعض الاحيان الى الشفاء وقصرت مدته فانه قد يطول ويغضي الى اماتة قطعة . من طرف او الطرف جميعه .

ولا يسهل دائماً تمييز التهاب الوريد الازرق عن الصمامة الشريانية فالبهه فجائي وآلم الطرف شديد وزوال النبضات الشريانية وهبوط الضغط الشرياني وبرودة الطرف والعجز واختلال الحس كل هذا واحد في كليهما . ولعل اصطباغ الجلد بلون مزرق يختلف في الواحد عن الآخر فان الصمامة الشريانية يرافقها في الغالب شحوب شمعي المنظر في القطعة الواقعة تحت الصمامة غير ان هذه العلامة لا قيمة كبيرة لها لان ازرقاق النهايات قد يصادف في الصمامات الشريانية الصريحة

وهناك واسطة واحدة لتمييز هذين النوعين من انسداد الاوعية غير انها ليست معصومة عن الخطأ : هي استعمال الاسا كولين . فتي يستعمل خضع التشنج الشرياني وعاد الدم الى مجراه الطبيعي . وقد تكفي حقنة واحدة منه لزال هذه الموارض غير انه قد لا يغضي الى نتيجة الا بصد ان يستعمل

طويلاً . غير ان هذه الطريقة في التشخيص ليست واضحة بل ان الجراح يضطر في كثير من الحالات الى فتح الناحية والنظر في ما اذا كان الشريان نابضاً او غير نابض . فيرى في حالة التهاب الوريد الأزرق الشريان حراً والوريد مسدوداً ويلاحظ ان الشريان المرافق للوريد متفقع متشنج وان قطره قد تقص غير انه اذا أثر في غمده الودي وحقنه بمحلول مخدر (النوفوكائين) زال التشنج في الحال واتسع قطر الشريان .

وقد لاحظ الجراحون ان تقفع الشريان يقع في حذاه تكون الحفرة في الوريد وان قطر الشريان قد ينقص الى نصف قطره الطبيعي . وان الشريان جامد لا ينبض او ان نبضاته خفيفة . ولا يجري الدم في هذا الشريان المتشنج او انه يجري خفيفاً فلا يوفر جريانه تغذية العضو ويتحقق هذا الامر يزل الشريان فلا يخرج منه الا مقدار ضئيل من الدم قررة قوة

يستتبع من التشريح المرضي اذن كما يستتبع من السريري ان الشريان في التهاب الوريد الأزرق متشنج وليس مسدوداً وان التأثير في الغمد الودي يستطيع تبديل العلامات ومحو الأزرقاق وفقر الدم .

ولكن الى مَ يَيزى تخرض هذا الغمد الودي ؟ انه يَيزى كما يستدل من التحريات التي قام بها عدد من المؤلفين الى انتشار الالتهاب من الوريد المتعفن الى الغمد الودي للشريان المرافق سواء أبالجوار او بالمرق اللغواية الكثيرة في ذلك النسيج الضام .

اما المعالجة فستمد من الامراض نفسه فبما ان الخطر في تشنج الشريان الذي اذا طال افضى الى موت الطرف جميعه او قسم منه فليتنا ان نتدبر

بجميع المعالجات المضادة للتشنج ويشير الاستاذ لاير بحقق العضلات بعشرة سنتيم من الاساكولين وقد استعمله في احد مرضاه فازال بحقنة واحدة عوارض فقر الدم والازرقاق وسار التهاب الوريد الازرق بعد تلك الحقنة سير التهاب وريد عادي . ويقول بعض ممن جربوا هذا العلاج ان فعله سريع وان التنبؤان يعود في بضع دقائق الى الشريان فتزول البرودة من الطرف .

ويستعمل يقول مع الاساكولين اعلاق الملق . وقد نجح ايضا في احدي مريضاته

غير ان هذه النتيجة الباهرة لا تتحقق دائماً فان غير من ذكرنا من المؤلفين قد اضطروا الى استعمال هذا العلاج ثلاثة اسابيع قبل الحصول على نتيجة حسنة ولم تكن النتيجة التي حصلوا عليها قامة .

واتبع بعض من الجراحين طريقة لريش فتحدروا الودي القطني ومشاهدة كادنه برهان على حسن هذه الطريقة فان مريضته بعد هذا التخدير اعتراها حالة مزعجة غير انها بعد انقضاء ساعتين شعرت بتحسن واضح فالألم زال والازرقاق نقص والطرف قتر .

ومنهم من يستعمل قطع الودي حول الشريان مجرداً الشريان الفخذي من نمده على طول عشرة سنتيمترات وقد جنوا من هذه الطريقة بعض الفائدة واية كانت الطريقة المتبعة فانها قد تحجب وقد تقضي الحالة بتر الطرف

م . خ .

او قسم منه

تناذر شوغار — سنبل

ترجمة الدكتور محمد وحيد الصواف

هو التهاب مفاصل متفرق ذو ميل الى التليف يختار الاطفال قبل الاسنان الثاني ترافقه آفات عديدة في العقد اللقافية وضخامة في الطحال ويؤثر تأثيراً سريعاً وعميقاً في الحالة العامة . اسبابه في الغالب اثنائية على ان كثيراً من الحالات يبقى سببها خفياً مجهولاً (ف . فرانسون . صحيفة ليل الطبية ١٩٣٨) سنختر حالة وسطاً دراسية قبل ان نبين التغيرات التي قد تطرأ على هذا التناذر .

أ — طرز البدء : يبدأ المرض في الفصل نفسه من السنة وذلك في الربيع غالباً ويكون

أ — خفيفاً : صلابة في مفصل واحد او في مفاصل لا تلبث ان تضخم رويداً رويداً .

٢ — حاداً : التهاب مفصل مزعج ، امراضه الالتهابية الموضعية اشد مع حمى وعرق غزير واحياناً خناق احمراري يقلد داء بويو الا انه رغمًا عن استراحة طويلة المدة في السرير لا يشفى تماماً .

٣ — خفيف الحدة : أو صافه : وسط بين الشككين المتقدمين وتغيب عادة في هذا الدور آفات العقد وضخامة الطحال فلا تظهر الا في اثناء الهجمات عند ما تسوء الحالة العامة

ونجد في دور الصولة الأعراض الأساسية الاربعة للتناذر: التهابات مفاصل مزمنة، آفات عقد، ضخامة طحال ودقاً مع بعض علامات ثانوية اخرى.

ب — العلامات الأساسية :

أ — التهابات المفاصل : مفردة أو عديدة يختلف موضعها فيكون عادة في مفصل لا بيد ولا قريب بل وسط كالمصم والمرفق والركبة أو في النخاع الرقي ولا يستعيد المفصل المصاب حريته تامة ابداً بل ان آفاته تزداد ظهوراً في اثناء التيقظات التي تخلل سير التناذر الذي يتكامل متروكاً بصورة متناظرة تقريباً متوالاً شيئاً فشيئاً جميع المفاصل : الابهام والمفصليين القمصين الترقويين والصديغين الفكيين اما المفصلاان الحرققيان الفخذيان فيبقىان سليبين او يصابان متأخرين.

ولالتهاب المفاصل هذا صفات خاصة . فهو على الاغلب لبني الا انه لا يترافق بلجم راحية من النموذج الذي شاهده جاكو في عقب داء بوير وهو يحترق ، على الاقل في اشكاله النموذجية النسيج العظمية الغضروفية التي لا تظهر فيها الاشعة المجهولة ادنى شذوذ سواء في الشكل أو التركيب . وسندكر مع ذلك في سياق العلامات الثانوية التغيرات الشعاعية التي قد تصادف في مضي الاحيان .

يورم هذا الالتهاب النهايات المفصليّة : بتكثف الاقسام الرخوة واحياناً بالتتوح المصلي ، فتضخم النهايات بشكل كرة او مغزل سطحها أملس منتظم بدون تنوء زائغ وتظهر ضخامتها بجلاء تام بضمور العضلات الشديداً بالكر

ويشعر ، متى استقصت الاصابع في هذه التورمات ، بحس مرونة ومقاومة حتى
 « لقد يقال اننا نجس قشرة غير ناضجة لرغيف كبير من خبز الأرياف . »
 يحرف التقمع قطع الطرف انحرافات متجهة في الاكثر الى الانعطاف
 تؤدي الى عاهات خطيرة . وتلاحظ في الاصابع على الغالب والريح الزندية ،
 وعلى الرغم من هذه التشوهات العظمية لا يشاهد ألم عفوي بل تقمع
 فحسب . الحركات القاعلة غير ممكنة والمنفصلة كثيرة الا لم تراقبها احياناً
 فرقة . ففي البدء يخضع تحدد الحركات الناجم عن التقمع للتخدير العام فيزول
 في اثنا ثم لا يلبث ان يستعصي عليه متى حدثت الانكماشات . ولا تنبه
 التهابات المفاصل هذه الى التقيح ابداً .

ويتغير الجلد في الفترات فبعد ان كان طبيعياً في البدء زاه في النهاية
 ناعماً شاحباً رقيقاً وكثيراً ما يكون رطباً (moite) . اما في اثناء الالتهبات
 فتظهر عليه علامات النهاية : احمرار ، حرارة ، تورم ، ألم .
 وفي نهاية السير يصبح المريض المحصور في كرسيه او فراشه عاجزاً
 ملتصقة مفصله في كل ناحية .

٢ — آفات القد : تقع في المناطق المناسبة للمفاصل المصابة وتكاملها
 تابع لتكامل التهابات المفاصل فيتوافقان في المد والجزر بدون الشدة اذ لا يتحم
 ان تتوازي هذه في هاتين الزمرتين من الاعضاء . ويعتقد البعض
 (شوفار ، ميشالي وغامنا) ان هذه الآفات تستولي على انحاء جديدة
 فوق المفاصل ويعتقد البعض الآخر انها تتم دون ان تكون لها صلة ما
 بالتهابات المفاصل .

واكثر العقد اصابة هي : عقد فوق البكرة والعقد المضدية والابطة
والحرقية الظاهرة ثم تأتي بعدها العقد القصية الحشائية وعقد فوق الترقوة
والمأبض . وقد ذكر اشتراك العقد الحشوية : عقد النصف (كما في حادثة
شخصية) عقد سرة الكبد (ستيل) وعقد الساريقا (تيولوا)

ولا تلتصق العقدة المصابة بالجلد ولا بالسطوح العميقة بل تتزلق تحت
الاصبع ولا تميل الى التقيح ولا يتهب ما حولها وهي لا تؤلم الا في بعض
الاحوال النادرة في اثناء الهجمات ، قوامها متجانس وهو حرن او صلب متى
قدم عهد الاصابة ، حجمها يتبدل بحسب الهجمات المفصلي فيبلغ بقفزات متتابعة
حجم حبة الفاصوليا أو الجوزة الصغيرة فلا يجوزه ابداً

٣ — ضخامة الطحال : تتبع الادوار نفسها . فلي الموم يجوز الطحال
الحافة الضلعية ٤ — ستمترات ويضخم احياناً فيجوز السرة . وفي حالات
اخرى يبقى حجمه طبيعياً من البدء حتى النهاية والقاعدة فيه انه لا يؤلم .

٤ — الدم : يصل المرضى عادة الى انحطاط حقيقي . فيزلون بالخلل
النسيج الشحمي والمضلات وتبلى فاقة دمهم بالنسجنة الشمعية يضاف الى
ذلك متى كان المريض طفلاً وقف رائع في نمو اليدين . وغياب الحمى
نادر خاصة في اثناء الهجمات . اما في الفترات فتكون الحمى اما ارتفاع حرارة
خفيفاً دائماً او هبات حرارة موقته او ادوار حرارة متقطعة او متموجة
تفصلها فترات غير حمية .

ج — العلامات الثانوية : نذكرها جميعها :

١ — الجلد : فلندكر العرق التزرو الذي لا يتماشى تماماً مع الادوار

الحية والحمامى الموقفة ذات الشكل الرعامي او القرمزي او الحلقى النخ ...
وتادراً الاصطباغ الاشم الذي يظهر خاصة في الاجزاء المكشوفة (فالتى)
والقناع (pemphigus) (غرابر - دوفارناي) وعجر ماينه (Meynnet) (دبره)
وهجمات الشرى (في حادثة شخصية)

٢ — العنان: تبرز العنان احياناً (ستيل) وقد كان احد مرضانا مصاباً
بمرض بازودو الصريح مع اعراضه السريرية الاربعة الوصفية وتطور اساسي
مزداد يبلغ ٤٤٪.

٣ — الاحشاء: فحص الصدر والانبوب الهضمي سليبان. الكبد طبيعية
عادة يد انها قد تضخم خاصة في اثناء الهجمات وتلاحظ يلة آح في عدد
من الحادئات.

وكثيراً ما تشاهد التصاقات في الصفاق (البريطون) (ميشالي وغامنا)
وفي الجنب (ستيل) ويؤكد هذا المؤلف التصاق التأمور دون التهاب في
النصف. وتناسب التهابات ما حول الاحشاء هذه في الحقيقة، المشاهدات
التشريحية اكثر من السريرية.

ويبيدي الشفاف أحياناً التهاباً مزمناً في المصاريح الاكليلية والابهرية
(شوقار ورامون، بارلويير، بواتون الخ...) وفي حادثة لدبره (Debré)
تكون داءاوسلر وفي حادثة لئنه كليمان ولوني (Lesné, Clément et Launay)
تكون التهاب شفاف وخيم بالمكورات العقدية

٤ — التناظر الحظي: فاقة دم مع نقص في الكريات الحمر حتى الثلاثة
ملايين، نقص في خضاب الدم، والقيمة الكروية دون الواحد: وتزيد الهجمات

هذا النقص . المقاومة الكروية طبيعية وترسب الصفائح الدموية مزداد في الغالب .

وتتبع البصغة الكروية نظاماً خاصاً في اثنائه سير المرض : في البدء تزداد الكريات البيض زيادة معتدلة وتطلب فيها كثرات النوى وتنقص الايوزينيات وفي النهاية تنقص الكريات وتطلب فيها اللغوايات وتنقص الكريات المعتدلة . وما بين هذين الدورين صفات انتقالية .

يرتفع الرقم في تفاعل فرن بالرزورسين ، حامض بول المصورة والكلس طيعيان .

وفي الجملة هذه هي الاشارات العامة في الرثايات الالآتانية المزمنة .

هـ — الآفات الشعاعية : القاعدة ان لا تبدو بالاشعة آفة ما حتى ان نقص الكلس المنتشر الذي كثيراً ما يشاهد في الرثايات الالآتانية المتقدمة لا يظهر بحسب باخ (Bach)

وفي الحقيقة اذا صحت هذه القاعدة في اكثر الحالات فان عليها بمض الشذوذ . فقد تشاهد كما لاحظنا ذلك مع فوراستيا وروبر آفات لا يستطاع بها تشخيص تناذر شوفار — سكيل ويحسن تصنيف هذه الآفات اربع زمر :

أ — الآفات الالآتانية الفتية : نقص كلس محدود او منتشر ، ثلثة كخدش الظفر في السطوح المفصليّة ، انقراض في الفاصل المفصلي قد يفضي الى التيس خراب في السطوح العظمية الخ . . . هذه هي الصور التي تكثر مصادفها ب — التنبؤات العظمية (osteophytes) : فادرة ويميزوها بها بواتون

وشلا سينجر شأنًا كبيراً .

ج — اختلالات في نمو العظام وهي اغرب هذه الآفات تحدث اما بوقف في نمو العظام (atresie) (ضمور الفك السفلي مثلاً) او على العكس وهو اكثر مصادفة بازدياد فيه بالتأثير الخرش لسير الالتهابي (علامة غراكا) وقد اوردتا امثلة عن كل من هذين الاحتمالين .

د — ويشاهد في الاندر نوع من التهاب السمحاق المعمد (engainante) (دبره ، بروكا ، لامبي الخ . . .)

د — السير : يبدو التناذر بعد بدء خفي او بدء شبيه بدهاء بويو كرتية مزمنة متروكة اثنائية تؤدي الى الدنف . ويتم هذا السير بهجمات تأتي باوقات معينة ثابتة فتحدث حمى وتزيد في شدة الاعراض وتصيب مفاصل وعقداً بقيت حتى الآن سليمة ومتى هجعت الهجمة تشدد العقايل اكثر فاكتر وتسوء الحالة العامة كثيراً .

هذا هو السير المعتاد . وفي التناذر يكون ترقى المرض بطيئاً تقطعه هجمات طويلة قد تبلغ ثلاثاً حتى ثماني سنوات في مشاهدة خاصة . وقد تبقى الرتبة موضعية وقد شوهدت حوادث شفاء أصدقها حادثة ستوك — يسك (Stoke - Piske) التي لم يشاهد فيها تقريباً شيء من العقايل . ومريض شيفاليه وهوير (Chevalier et Heuyer) مثال آخر على هذه الانواع السليمة التي يكثر حدوثها في انكلترا فتتوقف في سن البلوغ (باخ) . الا انه يجب ان نحشى التيقظات المتأخرة . والانذار على العادة سيء اذ يحدث الموت بعد بضع سنين واحياناً بعد عشرين سنة .

ويندر ان يقضي المريض بتقدم الدنف او بالسل بل المعتاد ان يموت بأفة رئوية بالمكورات الرئوية (ذات رئة ، ذات قصبات ورثة) او احياناً بالتهاب شغاف وخيم سريع السير او بطيئه (دبره ، بروكا ولا مى) اما الحصبة والقرمزية واليرقان النزلي (ستيل) والدفتيريا (روسدال) فانها على المكس قد تترك بعدها بعض التحسن

٥ - الاشكال السريرية : محددها السير والسن والاعراض

التشخيص : يبنى على مشاهدة الاعراض الاربعة الرئيسة : آفات مفاصل من النموذج اللبني ، آفات عقد لتفاوية : بضامة طحال (غير ثابتة ولا سيما في البدء) ودنف ، على ازديادها الاشتدادي في اثناء الهجمات ذي القيمة السريرية الكبيرة .

ويجب الالتجاء الى فحص الدم لدفع الالتباس مع مرض دموي معرقل بضامة عقدية : ايضاض دم لتفاوي ، تناذر عقدي في ايضاض دم لتفاوي ، تناذر عقدي في ايضاض دم تقوي (تادر جداً) ازدياد كريات يرض محية خيث (granulocytose) وجميع هذه الامراض لا تتوافق برثة مزمنة . وينفي التهاب المفاصل ايضاً جميع الآفات التي تحلى بضامة طحال بدئية . اما دله هانو وداه بانتي فقد يستدعيان ايضاحات خاصة .

ويميز تشخيص الآفات المفصالية وتناذر شوفار - ستيل ، عن الشكل الكثير المفاصل لتقرس المزمّن الذي تظهر فيه العقيدات الخاصة (tophi) وزيادة حامض البول في المصورة ، وعن الرثة المزمنة اللقية التالية لداه بويو (جاكو - ستيل) وهي تادرة تراقعها لجم لقية في راحة اليد بدون

ضخامة في الطحال او العقد، وعن الاشكال المادية للرثة المزمنة المتروية
الاثانية التي تؤدي مع الزمن الى تشوهات عظمية مفصلية كبيرة: تكثر
في هذه الاشكال ضخامة العقد الموضمية (خلافاً لمشاهدات ما كراب)
وتنذر ضخامة الطحال .

ولعلم ان تناذر شوفار — ستيل في الاطفال هو الشكل الاكثر
مصادقة من اشكال الرثة المزمنة في هذه السن
يبقى الآن وضع تشخيص سببي في كل مرة يكون ذلك ممكناً ولكن
مسألة السبب في الحقيقة بعيدة عن ان تحل .

المعالجة : لا تزال حتى الآن في دور التجربة بالنظر الى جمل اسباب التناذر
نفسها وتستوحى من الطرق التي تطبق في معالجة الرثبات المزمنة المتروية الاثانية
ويتفق المؤلفون اليوم على اعلان خيبة المعالجات التالية : الاستئصال
الاستهلام ، صفضافات الصوده ، الاستشعاع بالمواد المشعة ، الاستشعاع
بأشعة رونتجن . وعلى العكس يظهر انه يجب الاتجاه الى :

١ — بعض العوامل الكيميائية : الارسانو بنزول (نجاح باهر ايمشالي
وغامنا) ، اليود الذي يتمتع برواج كبير (صبغة اليود ، حقن الوريد باليودود
الكوالات iodoalcoylate) ملاح الذهب التي ادت على العموم الى
تحسّنات عظمية غير ان بواتون وشلا سينجر يرفضان استعماله بتاتاً ، حقن
الوريد بفلوكوات الكلس الذي نه الى استعمالها موريكان وغرابر
ودوغاناري ، الارغوستيرون المشع الذي ثبت ملاح الكلس والاثير البازيلي
السينامي (ether benzylcinnamique) ..

اما نحن فنصر على ضرورة اتباع معالجة مختلطة مدة طويلة (ذهب، يودو الكوالات، ملاح كلس، ايثربازيلي سينامي). وقد اقترح ميشالي وغامنا المعالجة بالبرده ولا نعتقد انها طبقت ابداً

٢ — ويمكن التثبيت المتقطع بالجلوس المشترك مع قطع الالتصاقات بالتخدير العام، من اصلاح الوضعات المعية التدريجي (سويم فوراستيه)

٣ — واعطاء هؤلاء المرضى قواماً غذائياً كثيراً ومتنوعاً ذو شأن كبير على

ان يخصص في هذا القوام للحم والحمر المكان الذي يستحقه

٤ — وتلب بعض طرق المداواة بالعوامل الطبيعية (الحراة، الاشعة

فوق البنفسجي وتحت الاحمر والتسيد احياناً الخ..). وبالبلية المدنية

(crénothérapie) (اكس ليان) ادواراً مساعدة. وقد حصل

دبره على نتائج مشجعة برفعه الحراة كهريساً بالامواج القصيرة

(électropyrexie à ondes courtes). واقترح لينايتيه (Lepennetier)

استشعاع الطحال.

٥ — استئصال الطحال: اجراه الاميركيون هانراهان وميلرو كرافن

واجراه أيضاً لوبر لومار وباتل فأدى الى تحسن سريع آني الا ان المريضة

توفيت بعد ثلاثة اسابيع من العملية بذات القعبات والرثة الطارئة.

وأجراه أيضاً فيلاري وبرجراي ييزانسون، جويستان وروبنس

ودوفال فأروا ان حالة مريضهم تطورت في بضع ساعات مما يشبه التغيرات

الآنية التي شوهدت بعد استئصال نظيرات الدرق. الا ان الوقت لم يحن

بعد لامصدار حكم بات في هذه العملية وفي نتائجها البعيدة.

الشباب والإشباب

(٦)

المفردات الدرافيلية والإشباب

للعلم الاستاذ شوكت موفق الشطي

يتقد إيسكلوندسكي (Ischlondsky) جميع الطرق التي وصفت في الإشباب ويقول ان اختباره لم تؤيد ما روي عنها ويزعم ان الشيخوخة تنتج من اضطراب الغدد الصم جميعها لا من بعضها ويبين ان للغدد المذكورة منبهات خلطية خاصة، كثيرة في النسيج المضغية لذلك استحضر سنة ١٩٢٤ خلاصة من اعضاء المضغ كالطحال والمخ والكبد والاعضاء التناسلية والتي وغيرها وجرب عملها في الجسم فأتضح له انها تنشط الغدد الصم فتبدأ اولاً بتثبيته الغدة النخامية ثم بغيرها . وقد راقب بعين بصيرة تأثيرها في الحيوانات المسنة والحيوانات المريضة وفي الشيوخ وفي بعض امراض الانسان .

عمل غدد الصم المضغ في الحيوانات المسنة والمريضة

حققت الحيوانات المسنة بخلاصات مضغية فزاد نشاطها وكثرت تغذيتها وزاد وزنها وعادت لها قواها الحاضرة ونمت اوبارها .
وظهرت آثار هذه الخلاصات في دورة الدم فنشطت وزاد خضاب الدم في الكريات الحمراء . وحقق بها حيوانات كانت من الموت على قاب قوسين او

ادنى فنجت واستمرت حياتها .

وقد استنج من اختبارات الكثرة ان الخلاصات المضغية تزيد مقاومة الحيوان وتنشط عناصر الدفاع الطبيعية فيه سواء أفي حالة المرض ام في الشيخوخة لذلك شرع باختبار عملها في الانسان .

عمل فصوص المضغ في الانسان

جرب تأثيرها في مكافحة مظاهر الشيخوخة والامراض المستغصية .

١ - عمل فصوص المضغ في الشيوخ

١ - تأثيرها في قوى الشيخ البدنية : ازدادت قوة الشيوخ بتأثير الخلاصات المذكورة وقد عرف ذلك من قياس قوة الشيوخ ومن ازدياد طاقتهم على رفع الاثقال ومن نشاطهم في تسلق السلالم ومن استطاعة الرياضيين منهم العودة الى ممارسة الرياضة التي كانوا القوها وقد عالج رجلاً مضى عليه ما يقرب من ١٥ سنة وعلامات الهرم تزداد فيه سنة فسنة فحقنه ١٤ مرة بالخلاصات المضغية المذكورة خلال ٤٠ يوماً فتحسن حالته بسرعة مذهشة ثم عالج اشخاصاً آخرين فحصل على نتائج حسنة في جميع الحالات

٢ - تأثيرها في النشاط العصبي الروحي : عادت بتأثير الخلاصات المذكورة الى بعض الشيوخ الذين عولجوا بها قوة التفكير وقويت عندهم الارادة والقدرة على احتمال الدرس والتحميص ونشطت ذاكرتهم واثبتاهم واصبح نومهم طبيعياً بعد ان كان الارق يزعمهم شيراً

٣ — تأثيرها في الاقيام المحيطة المختلفة من الجهة العنيفة : وقد بدا ذلك بانتظام الانعكاسات المختلفة وزوال اعراض التصلب الاذني والارتعاش الشبخي والحلل الحطبي الناتج منه وغير ذلك .

٤ — تأثيرها في مظاهر التصلب الشرياني الرئيسية : نقص ارستمالها التوتر الشرياني المرتفع وزوال تشنج العروق وهجعت علامات الحناق الصدري .

٥ — تأثيرها في قصور القلب وحؤول عضلته : كانت فائدة الخلاصات في هذه الحالة عظيمة جداً فزال بها التهج والكلل والوذمات وصغر القلب وعاد التنفس طبيعياً وزالت ضخامة الكبد

٦ — تأثير الخلاصات المضغية في الانبوب الهضمي : تزيد الشهية الى الطعام وتحسن التمثل وضده وتنشط حركات المعدة والمعى فتزيل القبض

٧ — تأثيرها في تطور (ميتابوليزم) الشيوخ البام : تعيد المبادلات الى سابق عهدها فتوقف الاشحام وتزيد قوة الهضم وقد نقص بها شحم المصايين بالسمن من الشيوخ

٨ — تأثيرها في تقوية مقاومة الشيوخ ضد الالتهابات : جمع المؤلف مشاهدات كثيرة تثبت على رايه ان مقاومة الشيوخ ضد امراض ذات الرئة والوافدة والالتهابات الناجمة عن المكورات العنقودية وآفات الطرق البولية قد زادت باستعمال الخلاصات المذكورة

٩ — عملها في جهاز الانسان البصري وخاصة في حالات مد البصر الشبخي وضف

المطابقة الساد : خفت باستعمالها علامات مد البصر الشبخي وقويت المطابقة وصغرت الكشافات الحديثة للساد بامتصاص بعض اقسامها

١٠ — تأثيرها في الوظيفة التناسلية : ليس تأثيرها في الوظيفة التناسلية مقصوداً غير انه متى نشط جسم الشيخ وعادت اليه قواه المختلفة وانتظم عمل اعضائه عادت الوظيفة التناسلية الى سابق عهدها لأن قصورها ليس ناتجاً من ضعف عضو خاص بل من اضطراب سلسلة من الاعضاء والقدر فتى انتظم اضطراب هذه الاعضاء انتظم ايضاً العمل التناسلي

ب - عمل غدد الصم في الامراض

جرب عملها في مقاومة الضعف العام وانخفاض التطور والنهكة الروحية واضطراب الغدد الصم والغدد التناسلية وفاقا الدم وايضا وقصور القلب واضطراب الدوران وآفات الجهاز التنفسي والامراض الاتانية وانواع السل العقدي والرئوي والمظني والسحائي والتهابات السكية التصلية واضطراب الاسنان وامراض الانف والاحقان والمنظمة المستعصية والمرض النزفي وبعض الاورام كالورم الرملي فكانت النتائج باهرة للغاية

طريقة تأثير الغدد الصم

ان ما يثير الإعجاب هو كون تأثير هذه الطريقة عاماً وفاقاً في اضطرابات الجسم وامراضه الكثيرة ويمكن ان ترد اسباب بعضها الى ثلاثة امور :
اولها : تأثيرها في مجموعة الغدد الصم . فقد ثبت لدى المؤلف تنبيه الخلاصات المضنية للغدة النخامية والمشكلة (بانكرياس) والغدد التناسلية وتنظيم وظائفها واعادة التوازن بين جميع الغدد الصم .

ثانيها : عملها في اعادة التوازن بين اعمال الجملة المصية المركزية وتنظيم
افعال الشبكة المصية المنتشرة في كل ناحية من انحاء الجسم
ثالثها : تنشيطها للمظاهر الاساسية في الحياة الخلوية

نمحيص ماورد ذكره من الادر في السبب

وسباب الشفوخة وعلاقتها وطرق

الوقاية من مظاهرها

اذا استقصى الباحث اسباب الشفوخة الحقيقية وامعن الناظر في علاماتها
ايقن ان مظاهر الاشباب التي خيل الى المؤلفين انهم حصلوا عليها ليست
ثابتة وانها ناتجة في الغالب من نشاط موقت لذلك كان شأن جميع
الطرائق التي مر ذكرها وغيرها مما لم يذكر الرواج الوفي كرواج الازياء
ثم الاهمال والترك

الشفوخة وسببها

علامات التي الاولى وزمن ظهورها

تبدو علامات الشفوخة في الانسان بتبدل منظره وسياه ومشيته وسلوكه
واضطراب نسجه واعضائه فيتجمد الجلد وتظهر فيه اخاديد مختلفة العمق
تستقر خاصة في زاوية العين الوحشية وتجمد النقرة ويشحب لون الوجه
ويستر يقيم صباغية وتظهر فيه ثآليل شيخية وتبدلات اخرى اطلق عليها

بعضهم ازاهر اللحد ويشيب الشعر ويتأثر اما الحاجبان فيطى مظهر الشيب فيها ويتأخر تنثر الشعر منها ويدل سقوط اشعارهما على قرب الأجل وتسرع عروق الحف السطحية ولا سيما في ظهر اليد وتقسو الشرايين وتصلب الاظافر وتظهر فيها اثلام طويلة وتؤكل الأسنان وتصفّر وتتهز ثم تسقط ويهبط وزن الجسم عادة في العقد السابع ويقل في العقد الثامن وتضطرب المطابقة في المين قبل السنة الخمسين ويتبدل لون القرحة وصباغ المشيمة وقد يموت الجسم البلوري مصفراً وقد تحيط بالقرنية دائرة يضاء الى الزرقة تسمى القوس الشيخية وقد تكشف بقع مصطبغة في الطبقة الشبكية ويضطرب السمع ويخف الشم ويقل الذوق ويضعف حس المس ويتبدل الصوت وتخور القوى وتقل مدة النوم وتنقص السعة التنفسية ويتكوم الجسم ويغني لالتحام بعض الفقرات وينقص الطول مقدار ٧ - ٨ سنتمترات في السن الثمانين وتزول الدروز في الجمجمة وتلتحم بعض المضاريق والمظام في المعصص وفي قبضة القمص وفي العظم اللامي .

ويستولي النسيج الضام على الاعضاء فيشل عملها وتضعف الذاكرة وتبديل الاطوار .

ان زوال الطمث من علامات الشيخوخة في النساء ويتم قرب السنة الخمسين فلا يمدن مخضبات . اما الرجل فيبقى محافظاً على اخصابه التناسلي عهداً طويلاً .

وليست هذه الاضطرابات متعاصرة بل تتابع في الظهور ولا يكون تعاقبها موقوتاً ومتسقاً في الاشخاص فينبأ بشيب فرد في العقد الثالث من

العمر وتكون اسنانه سليمة يكون الآخر قد فقد اسنانه وما زال شعره محافظاً على رونقه في السن نفسها ومما لا شك فيه ان الاضطرابات المرضية المارضة تصل هذه التبدلات فتغير زمن ظهورها وتجعل اتساقها كثير التشويش وقد لاحظ مربو انواع الحيوان منذ عهد قديم ان بين كمية اللبن المستحصل وعدد البيض في السنة وعمر الحيوان صلة اكيدة

الدراسة التي قُبلت في صدر الشيخوخة

ان عدد هذه الآراء كبير جداً وذلك دليل على انه ما من رأي واحد منها يفي بالمقصود فقد زعموا بان الشيخوخة تنجم عن اضطراب التوازن بين النواة والهيولى او عن تبدل المصورات الحيوية (متوكوندري) وفسادها وقد شاهد بعضهم ان ماء نسج الشيخ اقل من نسج الكهل والشاب ولذلك زعموا ان الشيخوخة تنشأ من استمرار جفاف النسج وتخر الهيولى وتبدل الخلط الباطن بسية. وقد لوحظ ان ماء الخلايا يقل كلما تقدمت السن كما انه ليس من سبيل الى اتهام الانسجام الذاتي باحداث الشيخوخة ما زالت اعضاء الافراغ سالمة تقوم بوظائفها حق القيام على ان من عوامل الشيخوخة التي لا شك فيها استيلاء النسيج الضام وخلاياه المهاجرة والثابتة والبلغات وغيرها على العناصر النسيجية في الاعضاء وهذا ما يشاهد في الدماغ والكبد والكليتين والبيض وغيرهما

ويقول مشيكوف ان معنى الانسان الغليظ وركود المواد المتأطئة وكثرة الاختتمات فيه لما يساعد على ظهور الشيخوخة وذلك لان

السموم التي تتكون في الممي التليظ تمر الى الدم فتؤثر في جدر العروق وتجففها غير ان الشيخوخة تصيب كثيراً من المخلوقات التي لا ممي غليظ ولا بلمبات كبيرة لها لذلك كانت نظرية ميشنيكوف غير كافية لتبيان سبب الشيخوخة في جميع المخلوقات بل تشرح لنا بعض حالات الشيخوخة في الانسان والحيوانات العليا .

ويقول مارينسكو انه يجب ان يبحث عن اسباب الشيخوخة في بطوء الصوغ الكيمياوي المؤدي الى اضطراب البناء الخلوي وتبدله بدلاً تشريحاً ونسيجياً وفي تبدل حالة الخلايا الغروية في النسيج المختلفة ، ويزعم هذا المؤلف ان ذلك يؤدي الى قلة الماء في الجبات الغروية وتنتج من ذلك علامات الشيخوخة المختلفة .

ويعتقد ان هوى الخلية تحتوي على حبيبات وانه يكون في هذه الحبيبات صباغ يتج في الخلايا المعصية من اضاءة الحبيبات الغروية للماء .

ويستجج مارينسكو من ابحاثه ومما شاهده في الخلايا المعصية وكيفية نمائها ان الشيخوخة والموت حادثان عامان لا مناص منهما ولا مفر ويقول لا كاسين ايضاً ان الشيخوخة ناجمة عن اضطراب الغرويات في المضوية والهوى والنسيج الخلالية ويرى اوغست لومبار ان الغرويات الطبيعية التي تتركب منها النسيج والاعضه والا خلط هي من صنع الخلايا . وانها لا تتكون وتجدد الا اذا تكاثرت الخلايا فما زالت الخلية قاذرة على التكاثر استمرت نشيطة وشابة لانها تجدد غروياتها . واما متى وقف التكاثر الخلوي فان

الغرويات تنجم الى الكدورة فالزوال او الخور والرسوب فتشيخ بذلك الخلية ثم تموت . وليست الشيخوخة في فطر او غست لومبار مرضاً خاصاً بالغرويات ولكنها حادثة ناجمة عن نمو الغرويات وواقعة لا محالة

وقد عرف ان غرويات النسيج الضامة اكثر مقاومة من غرويات النسيج النيلة فيمتما تكون الخلايا البشرية قد اضعاءت غروياتها تظل الخلايا الضامة محافظة عليها ويتبع من ذلك امكان تكرار النسيج الضام ينما يكون تكرار الخلايا النيلة في الاعضاء موقوفاً . يتبع من ذلك اضطراب في التوازن بين النسيجين الضام والتيل فيفوق النسيج الضام على التيل ويتم بذلك التصلب (la sclérose) الذي يسوق الاعمال الحيوية ويجعلها بطيئة لذلك تبطيء الافعال الحيوية كلها في الشيخوخ

الوسائل الوقائية من النسي والمساعدة على التعمير

لقد نينا فيما سبق ان الشيخوخة حادث طبيعي لا مفر منه وان كل ما قيل في صدد الاشباب من قواعد واسس تنهار متى عصفت بها ريح التجارب والاختيار لذلك كان على الانسان ان يقي نفسه من الوقوع في علامات اردل العمر وذلك بالتوقي مما يوقعه بها .

الوقاية من الهرم

ان من اسباب الموت المبكر ما ليس للانسان عليها اقل سلطة كالحادثات الصعائية التي تذهب بحياة عدد كبير من الناس وبعض الامراض الوبائية

التي لم تكشف وسائل الوقاية منها بعد . على أن الى جانب هذه الاسباب الممتعة القاهرة اسباباً اخرى يستطيع الانسان اجتباها اذا عرف ان يضع حداً لرغباته واهوائه . وينبغي ان يكون الانسان كبير الحزم كي لا يتبع هواه لان النفس امارة بالسوء .

اما الخطط التي يجب اتباعها لبلوغ اقصى حد في التعمير والتي يستطيع الانسان التمشي عليها فانها كثيرة وقد غني بالبحث عنها اختصاصيو علم الصحة وكتب عنها حديثاً غينو (Gueniot) في كتاب سماه سبل التعمير وهذا المؤلف معمر فاهز المئة سنة من العمر وكان رئيساً للمعنى الطبي في باريس فهو خير من يكتب في هذا الصدد لمدة اسباب احدها تعميره اذ لا يزال حياً وثانياً خبرته بالأمور الصحية العلمية فهو طبيب من خيرة اطباء عصره وثالثاً كونه من حملة اليراع وممن جمع بين الأدب والعلم فماتهما في غيبته واطهر ذلك في اسلوب يانه واتنا نذكر فيما يلي بعض النصائح التي قال بها

قال تدعي العامة بان النوم معيد للقوى وهذا الرأي صحيح ويستند الاقدمون ان في النوم شفاء وهذا كلام لا غبار عليه اذ لاشك ان اليقظة تحدث في اخلاتنا بدلات عظيمة اهمها سمول الفرويات ويدل على ذلك تكدر عنادر السائل الخلالي والمصورة الفروية وغرويات الخلايا ايضاً . يؤدي ذلك الى حس التعب فلا بد حينئذ من الراحة لتعمل في خلاها الكريات البيض عملها المنظف فتهمز الاتقاض والكدورة او تبتلمها وتنقي الدم من الجزيئات التي تولدت فيه بسبب العمل الوظيفي اثناء اليقظة .

لم تقم الأدلة على صحة هذه الفرضية غير انها ليست بعيدة عن الصواب

وربما كانت اقرب اليه من غيرها وينبغي ان تكون مدة النوم من ست ساعات الى ثماني ساعات وذلك بالنسبة الى السن فحاجة الشباب الى النوم اكثر من حاجة الشيخوخ اليه ولعل السبب في ذلك بطوئ نشاطهم الوظيفي وضآلة عملهم وقلة استهلاكهم للغرويات .

ويزعم لاكاسيني (Lacassagne) وهو مؤلف كتاب الشيخوخة النضرة ان نصف الليل يجب ان يراقت وسط النوم وان نوم ساعتين قبل نصف الليل خير من النوم اربع ساعات بعده ولذلك كان من اللازم ان يبكر الانسان في النوم وفي اليقظة ويجب ان تكون غرفة النوم فسيحة لا تقل سميتها عن ٤٠ الى ٥٠ متراً مكعباً وان تهوى جيداً وان لا توضع فيها نباتات وازهار ولا يجوز ان تدفأ بالمدافئ.

وللعناية باقسام البدن المتنوعة اهمية كبرى فان لوظائف الجلد شأناً كبيراً في المحافظة على توازن افعال البدن الحيوية لانه يفرغ قسماً من الماء الداخلى في بدتنا ويخرج معه قسماً كبيراً من السموم لذلك كانت المحافظة على سلامة الجلد لازمة والعناية بنظافته واجبة ويتم ذلك بالاستحمام وبذلك الجلد وغسل اقسامه المكشوفة مراراً

كما ان الاستحمام والاستضواء (bain de lumière) نعماً عظيماً لانهما مقويان وتقتل اشعة الشمس الجراثيم ويجب ان يغسل القم والبلوم والحفر الاقية مراراً وان تكون المادة المستعملة في غسلها احياناً قلوية وان يمتن بالاسنان عناية فائقة وان تنظف بعد كل طعام وان يرمم التخر فيها وان يعالج سيلان القيح من سنخ الاسنان فربما كان هذا باعثاً لاضطرابات

مرضية كثيرة وافسادات معدية معوية وادواء جلدية واورام معدية ومعوية على رأي بعضهم. ويجب ان يكون الشعر قصيراً وان تقلم الاظافر وان يحافظ عليها نظيفة

ويرى بعضهم ان اشتغال الشيخ بالاعمال العقلية التي تحتاج الى نشاط الدماغ والى التفكير غير مضره له لا بل هي لازمة ومسلية متى كانت غير عبدة ، ويستطيع ان يوصل الى ذلك بالقراءة وغير ذلك مما لا يحتاج الى جهد عقلي وينصح لاكاسيني الشيخ ان ينزه بين الساعة الحادية عشرة والثانية عشرة وان يرتاح بعد الغذاء وان يمشى من الساعة الثانية حتى الرابعة تسهلاً للهضم وان يطالع ما بين الساعة الرابعة والسابعة كتباً وغير ذلك

ولا يرى اوغست لومبار هذا الرأي بل يعتقد انه لا بأس على الشيخ من الاشتغال بالامور التي تحتاج الى تفكير عميق والى اجهاد الدماغ وتعبا طي هو نفسه وهو معمر اموراً عقلية يجهد من اجلها ملكاته العقلية كما في سابق عهده ولا يرى انه مخطئ، بذلك لان الملكات العقلية تبقى نشيطة حتى آخر ايام الحياة وهي تزداد في نظره قوة كلما تقدمت السن خلافاً للقوى البدنية التي تنحط بتقدمه

ومما لا شك فيه ان ذلك يختلف باختلاف الاشخاص فان عمل بعضهم العقلي يضمف قبل الأوان فيما يبقى الآخرون يمتحن بعقل وافر وفكر نافع حتى آخر حياتهم

وان قصة لومبار في هذا الصدد كبيرة الفائدة. كان هذا الرجل من محترفي الصناعات وكان يدير مصنعاً كبيراً هو وابنوه وقد صادف عبات حمة استطاعا

ان يتغلبا على اكثرها وقد اشغلت علاقتهما التجارية والصناعية والادارية جميع اوقاتها فلم تسمح الظروف لأحد منهما باكتشاف العلم حتى السنة الاربعين فانتسب حينئذ لوميار الى معهد الطب ثم اخذ يدرس العلوم الحيوية وكان له من العمر ستون سنة وما زال نشيطاً يطلب الزيادة في العلم بدون ان يشعر بأي تعب ولم تكن اشغاله العقلية كثيرة في زمن من ازمته حياته الطويلة كما كانت عليه بعد ان داس عتبة السبعين. من العمر ولا يشعر من اشغاله العقلية باقل تعب ويقول ان اقصى املة وغاية ما يتمناه هو ان يستطيع الاستمرار على الدرس والمطالعة كتلميذ متطلع نقاف حتى آخر سني حياته على انه اذا كانت اكثر المسلكات العقلية تزداد نشاطاً في الشيخوخة فاز واحدة منها تضعف وهي الذاكرة

هذا واذا كان للشيخ ان يستعمل ملكاته العقلية فعليه ايضاً ان لا ينقطع عن التمارين البدنية ليو من الاحتراق الباطني ويساعد بذلك على اجتناب تراكم الاتقاض الغذائية وتسهيل افراغها ان يسهل تسيير الدوران الراجع والتنفس ولا شيء اضر للشيخ من النهم ويصعب عليه مقاومة اشتهاه لان بعض الشيوخ يشعرون كأنه لم يبق لهم في الحياة ما يلتذون به الا الطعام النفيس ولذلك نراهم نهمين تشغلهم ممد هم عن صحتهم وهذا مادعا بعض المؤلفين الى القول بان الانسان يحفر قبره باستانه .

ولا يشعر الشيخ عادة بضرورة الاحتراز من كثرة الطعام واجتناب النهم الا بعد ان يفتك المرض بجسمه فيندم حيث لا ينفع التدم اذ يعود الانبوب الحضي مصاباً باضطرابات كثيرة وتصبح الكبد عاجزة عن دفع غارات

انواع السموم وضروب الالتهاب ويصبح الوجود مثقلاً بالانقباض وتُخزن بعض الاجسام الغريبة في الاعضاء الاصلية فتعوق عملها وتنوء بها وتشل الوظائف الحشوية وتحدث الحرض . تنسب هذه الانقباض في اعضاء مختلفة فتكون امراضاً عديدة وتتخرج المروق ب مواد معدنية تجعلها قاسية وتعيد دوران الدم فيها صعباً ويتم القلب ولا يعود قادراً على ري النسج ويضطرب الافراغ الكلوي من جراء القصور الدوراني او من تبدل المضمون النج . .

واتناذكر فيما يلو بعض القواعد الرئيسة في حمية الشيوخ وهي الاعتدال في اكل اللحوم والاكول المحدثه الكثيرة التركيب والاكثر من المطبوخات البسيطة وتناول الحضر والفواكه وجمل طعام المساء خفيفاً ولعل من اهم الامور الابطاء في الاكل ومضغه جيداً توفيراً لعمل المعدة وعليه ان يقاوم نفسه وهواه وان لا يحزن ولا يتشامم وان يحافظ على هدوئه وان يعتدل في جميع اموره فلم يخطئ من قال حب التناهي غلط خير الامور الوسط

كتب جديدة

الطب الشرعي وعلم السموم

تأليف الدكتور فؤاد غنم

مجلد ضخيم ألقه زميل فاضل قضى حياته في البحث والتتقيب وخدمة الطب الشرعي والعلم واللغة والتاريخ تحفزه على ذلك عروبة صادقة كامنة في حشاه لا يلبث قارىء الكتاب ان يراها في مقدمة كتابه فقد جاء فيها كلمة طيبة عن النهضة القومية في البلاد العربية وعن اصطحابها بنهضة علمية صحيحة الاساس غير انها لا تزال مع ازدهارها في طور طفولتها، طور الجهود الفردية الذي يسبق وفقاً لناموس النشوء والارتقاء طور الجهود الاجتماعية الذي لا بد أن يفضل هذه اللحظة الحديثة . ولا شك ان من الاسباب التي تدفع بهذا الشعب الى الوثوب نحو العلى تراث ثقافي عظيم وتاريخ مجيد وقد ذكر مؤرخو الغرب المنصفون انه كان للعرب اليد الطولى والمفضل الاعم في حفظ العلوم ونقلها وتدوينها واستنباطها والزيادة عليها ، يوم كانت اوروبة تتخبط دياجير الجهل وقد كتب في ذلك الحين احد كبار رجال الغرب في ذلك العصر كتاباً نقله الينا نيكلسون لا يزال نصه محفوظاً حتى الآن ، تألم فيه من شدة اقبال ابنائه الفرنجة آتئذ على درس اللغة العربية ، ليتسنى لهم تعلم العلوم المختلفة في جامعات الاندلس المشهورة كما نشر الآن بألم يحز نفوسنا لان لغتنا لم تمد

كافية لدرس جميع العلوم ولا بد لنا من درس اللغات الاجنبية ابتغاء
تحصيل العلوم .

لقد حمل اجدادنا لواء المدنية وما يقتضي لذلك من عدل وسلام ومنطق
وعلم فخدموا الانسانية خدمة لم تستطع الايام محوها رغم ما ذاق هذا
الشعب العظيم من انواع المحن والرزايا بعد ان دالت دولته وانطفأ
نوره الشرقي .

وبعد الآن زميلنا الدكتور فؤاد غصن من انشط الافراد القاعين بخدمة
اللغة والعلم فجعله معروفة لدى كل طيب عربي وكتابه الذي نقرضه من
خيرة الكتب والمؤلفات التي انتجتها الجهود الفردية وفي ذلك ابجاث تدعها
اختبارات ربع قرن في المحاكم وتدرس خمسة عشر عاماً وسفر متواصل الى
الاقطار الغربية والشرقية واتصال بمعظم اساتذة هذا العلم وارباب الاختصاص
فيه ودرس افضل المؤلفات في هذا الصدد واحداها

محتويات الكتاب

مقدمة الدكتور حنا بك خياط وبعض ما جاء فيها

صدر هذا الكتاب بمقدمة تقيسة اقتطفنا بعض ما جاء فيها ثم بمقدمة
كتبها الدكتور حنا بك خياط استاذ الطب الشرعي في كليتي الطب والحقوق
جاءت تاريخاً للطب الشرعي ومما ذكر فيها ان الاستاذ لا كاساني (Lacassagne)
يمزو الى جامعات الغرب وحدها فقط تكامل نمو الطب المدني واستتباب
نظمه على انه يقول لو القينا نظرة انصاف على عالم الشرق الادنى خاصة على

هلاله الحبيب ، في شرقه وغربه وضمن حدوده الحاضرة لوجدنا فيه اول موطن للطب العدلي بترفيه الحديث ولراعتنا حقيقة امره بأنه مهبط التشريع الطبي بحسب مفهومه المصري فشرية حمورابي التي سبقت النواميس اليونانية والشرائع الرومانية بأحقاب عديدة قد حل الاثريون طلاسها فبرزت نسيجاً انسجمت في لحمه وسداه اهم المساند الطية والعدلية ، فحق لشعوب القرائين ان تفاخر بكونها اول مبعث لأحكام العدل ، فسطعت انواره في مشارق الارض ومغاربها وان شرائعها المثبتة على الطاباق لم تقو عليها صروف الدهر فهي اسان تاطق في متاحف الغرب حيث توسدت مكائنها الممتازة وان شامت الاقدار ان لا يرجع اليها لفصل في مثل هذه الظروف .

اما قول اساتذة الغرب بان الطب العدلي لم يكتمل كيانه ولم توطد قواعده الا في اوائل الجيل السادس عشر فقط وعلى الأسس التي وضعها اساتذة جامعات ليون ومونبليه والبندقية وقرطبة بعد الحكم العربي فهو قول فيه بعض الزيفان عن الحقيقة .

او لم يكن العرب اساتذة في الجامعات المذكورة فان اسماء اساتذة العرب في مونبليه تصدر مدخل هذا المهد القديم في الباطن كما انهم مدنوا مدينة ليون وتذكروني كلمات الدكتور حنا بك خياط بما اطلعت عليه في رحلتي الاخيرة الى اوروبة حيث كنت بصحبة الاستاذ موريل (Morel) احد اساتذة الجامعة في ليون ومما قاله بينما كنا نجتاز جسراً يوصل الى الكنيسة المطللة على ليون ها هو الجسر الذي اجتازه العرب يوم حملوا لنا لواء المدينة والعلم ثم

دخلنا الكنيسة فإذا فيها لوحة ناطقة عن استيطان العرب تلك المنطقة ونشر مدنيّتهم فيها .

ومن العدل ايضاً ان ينصف عباقرة الشرق العربي ومن تولوا عمادة دار الحكمة في عاصمة العباسيين واستاذيتها في بغداد كحنين والشيخ ابن سينا والرازي وما دونوه في بطون اسفارهم ، تلك الاسفار التي كانت حتى اواسط الجيل الخامس عشر المحور الوحيد للدراسة الطبية في المعاهد الغربية والمستند الامين لحل اعوص القضايا الطبية العدلية .

هذا واكلاً لهذا البحث التاريخي ، والاخرى ، انصافاً لمصامية الشرق العربي وتذكيراً لقوم يجهلون ان المباديء الطبية العدلية لم تكن موضوع اهتمام الافراد والجماعات فحسب ، بل نصت عليها التوراة واعقبها القرآن الكريم فأمر باتباع احكام سامية لها مساس بكثير من قضايا الطب العدلي . فما اورده الاساتذة الغربيون عن تكامل الطب العدلي في اواخر الجيل السادس عشر لا جدال فيه غير انه لم يتوطد الا على الاسس التي ابتكرتها ورسمتها "قراخ السامية والغربية واقامت مرححها عبقرياتها في مختلف الاجيال وقبل ان تتاولها ايدي الغرب وان اتردت بها كما راق لها تلك نبذ من المقدمة النفيسة التي كتبها الدكتور حنا بك خياط لتكون مقدمة للكتاب المذكور

مأخذ الكتاب

استقى المؤلف ابحاث الكتاب من مناهل عديدة وقد اعتمد على احدث ما طبع من الكتب و اضاف الى ذلك اختياراته العديدة .

ابحاث الكتاب

تناول جميع ابحاث الطب الشرعي المعروفة وقد سعى في بحث الجرائم الى جعل الابحاث موافقة بقدر الامكان لما هو معروف ومنصوص عنه في شرائع البلاد العربية جمعاء وذلك اتكاماً لفائدة وخدمة لجميع الناطقين بالضاد ونعم ما عمل. وقد استوفت بحوث الكتاب كل شاردة وواردة فلم تهمل شيئاً وبدت كاملة متناسقة ومرتبطة

لغة الكتاب

اما لغة الكتاب فاما معشر الاطباء من يجمل تغاضي المؤلف في خدمة لغة العلم فلا غرو والحالة هذه في ان يوفي هذه الناحية حقها من عناية غير اننا نستطيع المؤلف العذر بابتداء الملاحظة الآتية فقد رأينا انه لم يلجأ الى استعمال بعض الكلمات التي اقرها في مجلته ومعجمه ولعل سبب ذلك رغبته في جعل لغة الكتاب قريبة المأخذ يستطيع فهمها كل من قرأها وكان باستطاعته ان يجمع بين النرضين فيما لو وضع الكلمة بين هلالين .

محاسن الكتاب

كثيرة ولا نكون متالين اذا قلنا انه قد كتب لكل ناطق بالضاد مثقف فليست فائدته خاصة بالاطباء وحدهم بل يجد فيه المحامون ضالهم والقضاة مستنداً لهم والكيميائيون ومتخصصو السموم ابحاثاً تلاذ لهم والاحيائيون

كثيراً من البحوث التي لها مناس باهتمامهم وتستهي جملة اللغويين
لطلاوة أسلوبه وجميل مصطلحاته ويمجد فيه المؤرخون نبذاً من التاريخ
حرية بالذكر

هذا واننا لا نستطيع في هذا التقریظ ذكر جميع محاسن الكتاب فانها
اكثر من ان تعد فالكتاب درة قیسة وجوهرة ثمينة ترصع بها الخزانة
العربية یرى فيه المطالع كيف قلب صفحاته آثار عالم فاضل اخلص للملم
واللغة حنكه الاختبار وملاً حب العلم واللغة جوانبه واستهوى فؤاده نور
الشرق لذلك كان جديراً بكل عربي شغلت المروبة فؤاده ان يحتفظ في
فؤاده مكتبته بنسخة من كتاب الاستاذ فؤاد اكثر الله من امثاله

شوك موفى السلي



مَجَلَّةُ المعهد الطبي العربي

دمشق في كانون الاول سنة ١٩٣٨ م . الموافق لشوال سنة ١٣٥٥ هـ .

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلاثاء ٨ تشرين الثاني سنة ١٩٣٨

تليت فيها التقارير التالية :

١ - العلماء ترايو ومريدن وصلاح الدين سبيح - البرداء الاحرورية : آني
بمرض مسبوتاً وبلاحمى فتيين من تحليل دمه ان بولته ٣,٢٠ غم . فموج
المعالجة المألوفة فأفاق ولم تعلُ حرارته يد أنه قبل ان يصاب بالسبات اعترته
نوب بردائية نموذجية مع حمى ولكنه بعد السبات وفي اثناؤه لم ترتفع
حرارته على الرغم من الحيوانات الدموية في دمه . أفسب غيبة الحمى استبالة الدم
(urémie) كما يشاهد في ذات الرئة في الشيوخ او في نهاية التموجات
الحرورية لداء المتعجات اليرقاني ؟

الناقشة : العلماء حسني سبيح ، مريدن ، شابو ، حكيم



٢ - العليان شايو وميشل خوري . حادثة كسر في الفك العلوي ردّ بالاجزة

هو كسر في الفك العلوي الايسر بضربة سيف وفي القطعة المكسورة اسنان منذ الناب حتى الرحي الثالثة ، وهذه القطعة متحركة ومنخفضة زهاه ستنتمو وجميع الاسنان فقدت حسب الامر الدال على اصابة شعب الفكي العلوي جرب الرد بالطرق العادية فلم تجد تعماً فصنع جهاز فيه لوحة حنكية مؤلفة من قطعتين متصلتين قابليتي الابتعاد والاقتراب بمحويات فرد الكسر به ردأ متقناً .

الناقشة : العلماء جمال نصار ، شايو ، ميشل خوري

٣ - العليم اسعد الحكيم - نتيجة المعالجة بالكرديازول في سبعة حوادث انجذاب :

ثلاثة مرضى منهم تمكنوا من العودة الى الحياة الاجتماعية بعد ٧ - ٨ حقن كرديازول وريدية قوام كل منها خمسة ستنترات مكعبة وبعد ان احدثت كل حقنة نوبة نظيرة الصرع في المريض مع ان المعالجات الاخرى بالصدمة كانت قد خابت فيهم

الناقشة : العلماء : مريدن ، حكيم ، سبيح

٢٠ خ .



البرداء الاحرورية

للماء ترايو وعزة مريدن وصلاح الدين سبيع

ما عاش احد منا بضع سنوات في بلاد بردائية الا وكان يفاجأ بوجود حيوانات الدم في دماء اشخاص لم تظهر فيهم نوب حرورية توجه الافكار الى البرداء ، وكلنا نعلم حالة الكثيرين الذين يتادون البلاد الحارة ولا تقتربهم فيها نوب حرورية ثم تصيبهم النوبة الاولى التي قد تكون خطرة احياناً عند ما يغادرونها الى مدنهم . وهو أمر يستدعي التساؤل والاستغراب ؟ يظهر ان اسباب فقدان الحرارة كثيرة في سياق برداء صريحة ، وقد كان احدنا عزاً الأمر في العسكريين الى الكينين الوافي الذي كان يستر غالباً برداء حقيقة يكشفها المخبر ، وينسب بعض المؤلفين ذلك الى الاعتياد في اشخاص تمرضوا لتلقيحات عديدة ، اما في مشاهدتنا فيظهر ان الاسباب ذات آلية اخرى .

المدعو حسين بن ابراهيم من جسر بنات يعقوب وعمره ٣٨ سنة دخل المستشفى العام في ٢٩ ايلول سنة ٣٨ مسبوتاً ، ولدى فحصه كان شاحب اللون لسانه وسخ ، وملتحمته شاحبتان وفي طرفيه السفليين وذمة بيضاء ، وقد ظنتاه مصاباً بسببات الاستبالة (urémie) فقصدناه وحقننا جلده بليتر من المصل السكري ، فخفض السبات تدريجاً وزال في اليوم الثالث . غير ان حالته العامة لم تحسن ولم تستقر على حال ، طحاله مقروع على امتداد

خمس اصابع ، كبده ضخمة تجوز حافة الاضلاع ، والمريض مصاب بفتيان دائم ، ويشكي الاماً في معدته واسهالاً ، فحص بوله فكان فيه كثير من بولات الصودا وحمضات الكلس ، ولم يكن فيه سكر ولا آحين ولا خلون وكشف فحص الدم عن كثير من الاقسام المتجلية ، وعن ثلاثة غرامات وعشرين سائغراماً من البولة في لتر من المصل ، اما الضغط الشرياني فكان دون الحالة الوسطى ، وقد عرفنا بعد خروج المريض من سباته انه كان قد أصيب بدوار وغثيان اجبراه على ترك العمل منذ عدة سنين وبنبوة سكتية الشكل أرنمته على التزام الفراش خلال اربعين يوماً واصيب بعدها بنوب برده نموذجية مع نوافض وحرارة تدل بكل تأكيد على اصابته بالبرداء وقد قضى المريض في المستشفى عهداً كان دمه في خلاله غنياً بالمصورات الدموية ومع ذلك فلم يصب بأقل ارتفاع حروري يسترعي النظر

....

ان فقدان الحرارة في مشاهدتنا قد ينسب الى الشكل الجليدي البردائي المعروف ، ولكن السبب في هذا الشكل تعطيل المراكز المنظمة للحرارة في قاعدة الدماغ بذيخان بردائي لا نشك في وجوده ولكننا لا نزال محتاجين الى بيان حقيقته ، ويكون السبات الذي بدا في مريضنا عندئذ معادلاً لنبوة البرداء السباتية ، مع ان معالجة المريض بالفصادة وبحقن المصل السكري اعني معالجة الاستبالة قد أدت الى هجوم الاعراض قبل المباشرة بالمعالجة الكينية الشديدة التي استعملت بعد فحص الدم . ويمكن ان تلعل الآلية في حادثنا بشكل آخر : فازبولة الدم الكبيرة ٣ غرامات ٢٠ سائغراماً في مريضنا

الشاب قد عطلت . لاشك المراكز الحروية ومهدت السيل الى السبات ، وهو ما يشبه انخفاض الحرارة او عدم ارتفاعها في الشيوخ المصابين بأعجاب ، البولة في الدم في سياق اصابهم بذات الرئة ، واذا تذكرنا مشاهدات صديقنا الاستاذ دولا فرن عن البرقانات التي تعلق الحرارة فيها في البدن ثم تنخفض بعدئذ رأينا ان نهاية الاهتزازات الحروية توافق اشد هجمة من هجمات الاستبالة ، وهذا ما يحملنا على عزو فقدان الحرارة في مريضنا الى استبالة الدم وتنبية الافكار الى معايرة بولة الدم في كل مريض مصاب بالبرداء اللاحروية .

الناقشة :

الطيم حسي سبح : لا اشاطر زملائي ما ذهبوا اليه بشأن هذا المريض فاذا كان مصاباً باستبالة الدم (urémie) ، وهذا لا شك فيه ، فاني لا اقر باصابته بالشكل اللاحرووي من البرداء ، اذ لو صحت هذه التسمية لكان في الدم اقسام الحيوانات الدموية الدارية لا الامشاج (gamètes) لان هذه مطردة الظهور في الدم في فترات نوب الحمى وفي البرداء المزمنة . ولست ارى حاجة بعد ذلك الى تحليل غية الحرارة في هذا المسبوت ، باستبالة الدم . فانا كثيراً ما نشاهد ازدياد البولة في اثناء نوب البرداء بدون اختلال الارتكاس الحرووي

الطيم مريدن : ان غايتنا من هذه المشاهدة لفت الانظار الى ضرورة معايرة البولة الدموية في كل مريض مصاب بالبرداء ولم ترتفع حرارته واتنا نفر باشكل البرداء اللاحرووي ولكننا نعتقد ان بولة الدم العالية ٣،٢٠ غم قد

افضت الى تمطيل المراكز المصيبة المنظمة للحرارة فيحسن بالطبيب معايرة
البولة في مثل هؤلاء المرضى .

الطبيب شابو : كان يحسن ان تسمى المشاهدة : حادث سبات استبالة مع
حيوانات دموية في الدم .

الطبيب اسعد الحكيم : رأيت مريضاً مصاباً بالسبات البوداني مع حرارة
وكانت البولة في دمه ١,٢٠ غم ثم مات بالسبات الاستبالي (urémique)



حادثة كسر الفك العلوي

للعلمين شابو وميشل خوري

دخل قسم الجراحة بالمستشفى العسكري في دمشق بتاريخ ١٦ آب سنة ١٩٣٨ الجندي خ . مصاباً بكسر في الجانب الايسر من فكه الاعلى .

الآفة : لدى استجواب المريض اجاب انه اصيب بضربة سيف في اثنائه شجار ليلى نشب بينه وبين احد رفاقه الجنود فجرح في الجانبين الوجنية والصدغية اليسريين جرحاً بلغ طوله ٥ سنتيمترات متجهاً من الامام الى الوراء ومن الاسفل الى الاعلى . وقد صحت الجرح وذمة على الحد والصدع وكدمة على العين اليسرى . ولدى فحص الفم وجدناه مصاباً بكسر تام في عظم الفك الاعلى الايسر ، وخط الكسر يمتد من الرابعة الى الحد الخلفي لعظم الفك . اما القطعة العظمية التي تحمل الاسنان من الناب الى الرحي الاخيرة فتحركة هابطة الى الاسفل مقدار سنتيمتر واحد ومنحرفة الى الانسي مقدار سنتيمتر ايضاً . فتعذر اطباق الاسنان اطباقاً طبيعياً . واما على الخنك فنشاهد بكل جلاء ان خط الكسر يمتد من الامام الى الوراء على مسافة نصف سنتيمتر من الخط المتوسط (وليس في غشاء الفم المخاطي اذا استثنينا تفرق اتصال في بطانة الفم الا تمزق طفيف بين الرابعة والناب) ولدى الفحص الشعاعي وجد ان الكسر يتناول ايضاً العظم الوجني والقوس العذارية .

والاسنان جميعها في نصف القوس العلوية اليسرى خالية من الحس الطبيعي مما يدل على انقطاع جميع الفروع السنية لمصب الفك الاعلى .

سير المداواة : بعد اجراء المداواة الجراحية العادية اندمل جرح الوجه بسرعة اما الكسر الذي نحن بصدده فلم يمكن رده آناً لتعذر ذلك ولشدة الألم الذي احدثه الضغط فضلاً عن ان ذلك لم يكن مرغوباً فيه لما قد يترتب عليه من المواقب . ولذلك فضلنا الطريقة البطيئة في تبيد القطعة العظمية باستعمال شكل معدل لصفحة روين المستعملة في تقويم الاسنان . وهذا الجهاز مصنوع من المطاط المصلب ويتألف من صفيحة خشكية مزدوجة يتصل قسمها بلولاب مزدوج ومجهزة بمزج لحفظ القطعتين من الحركة . فابتعدت القطعة بصورة تدريجية بالضغط الجانبي الذي حدث من ادارة اللولاب يوماً . وضعنا هذا الجهاز في مكانه بتاريخ ١٢ آب وازلناه في ١٨ منه اي بعد وضعه بستة ايام فرجمت في خلالها القطعة واسنانها الى مكانها في السطح العمودي مقابل اسنان الفك السفلي . ولرفع القطعة الى الاعلى ثبت الفك مكاناً على اثر ذلك بالربط الاعتيادية المصنوعة من سلك معدني . واجرينا رباطين في كل جانب بالمحافظة على اطباق الاسنان كما هي في الحالة الطبيعية .

وفي ٢٢ آب شاهداً ازدياداً في حركة الرباعية واثاب عند ابتداء خط الكسر وتكون منطقة التهاب عظم متقيح حول جذري هاتين السنين . واما الاثنان فاما ان يكون قد دخل من التمزق اللثوي الذي سبقت الاشارة اليه او انه حصل لشدة الضربة التي احدثت حالة تفتت في الناحية . فقلعت هاتان السنان على الفور لاجتناب ما قد يحدث من الاختلاطات ، على

ان التقيح استمر مدة ١٠ ايام بعد التلع ولم يزل عاماً الا بعد خروج ٣ شظايا صغيرة .
وفي ٢٠ ايلول تم انجبار الكسر فرفعت الربط هذا مع العلم انه في
اثناء مدة المداواة وصفت للمريض الحمية اللينة واشير عليه بحفظ صحة فمه
حفظاً تاماً فضلاً عن اجراء غسولات ومس متوالٍ بالادوية المطهرة العادية .
وخصت الاسنان للمرة الاخيرة فوجد ان فكة الارحاء استعادت حسها
الطبيعي مما يدل على ترمم الشعب السنية الخلقية . اما الثانية وفكة الضواحك
فظلت خالية من الحس . ولده ، ثقبها وجدت الثانية ميتة ، اما الضاحكتان
فوجد دوران الدم في لبيهما طبعياً فاستؤصلت ألباب هذه الاسنان وحشيت
وفقاً للقواعد المتبعة . فيظهر من ذلك انه في جروح الوجه والفكين لا يدل
غياب حس سن او فكة اسنان على موتها اذ ان الدوران قديمود الى حالته الطبيعية
ويبقى الحس مفقوداً

النتيجة : ما تقدم انما هو وصف مختصر لحادثة كسر وبيان المراحل
المختلفة التي استعملت في معالجتها . وكما يلاحظ فان هذا الكسر الحادث في زمن
السلم شبيه بالكسور الحادثة في زمن الحرب . وقد اشار ريشيه في مؤلفه
عن جروح الوجه والفكين الى ندرة حالة كهذه من الوجهة السنية اذ ان
الكسر الذي نحن بصدد حدث بضربة سلاح ايض في حين ان اكثر
الكسور في الفك الاعلى تحدث بالقذائف المختلفة في زمن الحرب . وان ذلك
فان هذا الكسر يستحق ان يوضع في صنف مستقل عن سواء من
اصناف الكسور

اما من الوجهة السريرية فان هذا الكسر يصنف بانحراف القطعة

المظمية بتأثير ضربة شديدة دفستها نحو خط الحنك المتوسط . ومعروف ان الانحراف نادر جداً في كسور الفك العلوي وكثير الحدوث في كسور الفك السفلي .

وظاهر ان طبيعة الآفة التي وصفت على النحو المتقدم اوحى لنا الطريقة التي اتبعناها في المعالجة . وقد رأينا ان التثبيت الآتي بالربط متعذر لابتعاد القطعة عن مكانها وصعوبة ارجاعها بالضغط الآتي . ولم يمكن للسبب نفسه استعمال القوس المعدنية التي يوضع في الجانب الدهليزي والمعروفة بقوس بونت . ولم يكن بالمستطاع استعمال احدى الجبائر المعروفة بالميازيب والمصنوعة اما من المعدن المصبوب او من المطاط المصلب . فوجب في هذه الحالة تباعد القطعة جانبياً ودفعها الى الاعلى ولا يمكن ذلك الا باستعمال الجهاز الذي وصفته لكم فأتى استعماله بالنتيجة المرغوب فيها

الناقشة

العليم جمال نصار : اسأل الزميلين عما اذا كان الألم سبب عدم الرد او احدى التآيين

العليم ميشل خوري : بل كان تبدل قطع الكسر فقط ولم يلجأ الى الرد العنيف خشية تخريش الجيب الفكي

العليم جمال نصار : ان الرد البطيء اشد تخريشاً للجيب ولست اشترك الزميلين في هذا الطرز من المعالجة بل كنت افضل لو خدر المريض تخديراً عاماً ورد كسره مباشرة

العليم شايو : بعد ان جربت الرد ولم انجح لجأت الى العليم ميشل خوري

لصنع هذا الجهاز

الطبيب جمال نصار : هل خدرت المريض قبل محاولتك الرد ؟

الطبيب شايو : لا



نتيجة مداواة سبعة حوادث أنجذاب

(او تبدد النفس) في مستشفى ابن سينا بالكارديازول

للطبيب اسمد الحكيم طبيب مستشفى ابن سينا بدمشق

اخذت بمعالجة حالات الانجذاب بالكارديازول في مستشفى ابن سينا منذ ستة اشهر . وقد رأيت ان اعرض عليكم خلاصة مشاهدات سبعة مرضى ممن عولجوا والذين ما زالوا يسألون بهذه الطريقة .

المتابعة الاولى : خليل ٣٨ سنة . تبدد نفسي . بدأ الاختلال من اربع سنوات . دخل المستشفى في ٥ نيسان سنة ٩٣٧ : افكار تظلمية وتأثيرية غير مطردة ، قلق ، نوب احتداد نفسي مع تغير خلقي ، تأويل هذيان ، عريضة ، وراثية مرضية نفسية : والده كان مصاباً بالسوداء

المداواة السابقة : سواتموزين - بلاجدوى

المداولة بالكارديازول : ١٠ حقن بدون فائدة .

المشاهدة الثانية: ي ح . ١٢ سنة . نفاس انجذابي . بدء الاختلال
٢ تموز سنة ٩٣٧ عقب سقوط بالقصص . دخوله في ١ كانون الثاني سنة
٩٣٧ : افكار هذيانة تصوفية غير متناسقة . شرود في الجبال . يكره أبويه ،
عدم المبالاة احمال النفس . تهيج عارض .

المداداة السابقة : سولقوزين ، نوكلينات الصودا : بلا جدوى .
المداداة بالكارديازول : ٨ حقن . بدأ التحسن غب الحقنة الثالثة
واستطرد الى ان خرج من المستشفى في ١٥ تموز سنة ٩٣٨ بحالة الشفاء .

المشاهدة الثالثة: عبد القادر . ٣٧ سنة . تبدد نفسي من اربع سنوات ،
سبق له ان عولج في المستشفى وخرج بحالة التحسن في ١٥ كانون الاول سنة
٩٣٥ . دخوله الثاني في ٤ مارت سنة ٩٣٧ : افكار هذيانة مبهمه اضطهادية
عدم انتظام السلوك ، اهلاس سممية وعضوية : المرضى يسلبون عليه
الكهرباء ، تعد ، يتكلم لوحده مع امرأة يصمها بالحجارة ويتوعددها بالقتل .
المداداة السابقة : خراج اصطناعي ، سولقوزين ، بلا جدوى .

• بالكارديازول : ٨ حقن ، تحسن تام ظاهري ، على وشك الخروج .
المشاهدة الرابعة: ه . ب . ٣٥ سنة ، بدء الاختلال منذ ٩ اشهر
عقب فقد زوجته وولده الوحيد ، دخوله في ٨ اليول سنة ٩٣٨ فمخود ، بك ،
حذر ، وضع هلسي ، عدم مبالاة ، امتناع عن الطعام احياناً ، اجوبة بالاشارة
مل للافراد .

المداداة بالكارديازول : ٦ حقن . بدأ يتكلم بعد الثالثة ، خرج بحالة
الشفاء في ١١ تشرين الاول سنة ٩٣٨ .

المشاهدة الخامسة : فاطمة ، ٢٥ سنة ، وراثية مرضية نفسية ، الجد والم وابن المم مصابون باختلالات نفسية . بدء الاختلال منذ سنة ونصف ، دخوله في ٨ مارت سنة ٩٣٨ ، نفاس تبديدي ، سلوك مرحي ، شبق ، افكار تظلمية ، تقلب المزاج عدم المبالاة ، تدي .

المدواة السابقة : سولقوزين ، انسولين بلا جدوى .

• بالكارديازول : ٨ حقن تحسن مدة اسبوع ثم نكس .

المشاهدة السادسة : ذكية ، ٣٦ سنة ، عته باكر منذ سنوات ،

الدخول : ٣ نيسان سنة ٩٣٦ تهيج عارض ، تصنع ، اجوبة غير مطابقة للاسئلة ، ضحك بلا سبب ، حركات شاذة ، عدم الاكتراث .

المدواة السابقة : خراج اصطناعي . سولقوزين . بلا جدوى .

• بالانسولين ثم بالكارديازول : لم تأت بفائدة .

المشاهدة السابعة : عبد الحميد ، ٣٨ سنة ، نفاس تبديدي ، بدء

الاختلال منذ ٨ اشهر الدخول في ٢٦ حزيران سنة ٩٣٨ . نشاط

مرحي . افكار هذيانة تصوفية غير مطردة ، ترتب . يتكلم لوحده ،

اضطراب عارض .

المدواة : خراج صناعي وسولقوزين بلا فائدة .

كارديازول : ٧ حقن . تحسن واضح عقب الحقنة الرابعة . خروج بحالة

الشفاء في ٣ تشرين الاول سنة ٩٣٨ .

ان هذه المشاهدات على قلتها لا تخلو من فائدة من حيث نتائج معالجة

حالات الانجذاب بالكارديازول .

فان ثلاثة من هؤلاء المرضى السبعة عادوا الى حياتهم الاجتماعية غب مداواة قصيرة لا تتمدى الشهر ، وواحداً على وشك الخروج بحالة التحسن . وواحدة تحسنت اسبوعاً ثم اتكست ، ومما يلاحظ ان بدء المرض في الحالات المتحسنة لم يجز السنة والنصف . بينما بدؤه في الحالات التي لم تتحسن يرجع الى ما قبل ذلك (سنة ونصف وثلاث سنوات واربع) هذا واتنا لم نصادف اي حادث سيء اثناء استعمال هذه الطريقة اللهم الا خلع الفك الاسفل مرة واحدة ، مما يدل على عدم خطرها عندما تراعى جميع التحفظات التي يتطلبها استعمالها وتتوفر جميع الشروط الصحية في المريض .

الناقشة :

الطبيب حسني سبع : ماهي الكمية التي استعملتها وماهي كيفية الاستعمال ؟
الطبيب اسعد الحكيم : قد استعملت خمسة سم ٣ حقناً في الوريد فكان المريض يعاب بنوبة صرعية الشكل . ان هذه المعالجة لا تختلف عن معالجة الصدمة بالانسولين وقد استعملت بعد ان لوحظ ان المصروعين لا يصابون بالانجذاب .

الطبيب عزة مريدن : أياي الانجذاب نوباً ؟ اني اذكر ان احد المرضى الذين جاء ذكرهم في مشاهدات الزميل الحكيم كان قد دخل المستشفى العام وعولج فيه بالانسولين وتركه بعد ان تحسنت حالته كثيراً .
الطبيب اسعد الحكيم : ان هذه الحالة تخللها هجمات وهذا المريض الذي

تعنيه كان حين دخوله شديد النعمة على ابويه ولا يرغب في ان يراها
وقد طلب بعد المماثلة ان يراها واعتذر اليها عما بدر منه .

العلیم عزة مریدن : ألم تتعدوا خمسة سم ٣ من الكردايازول في معالجتكم
العلیم اسعد الحكيم : اجل قد استعملت حتى ٨ سم ٣ ولا سيما في الحقن
الاخيرة لان خمسة سم ٣ لا تعود كافية لاحداث النوبة الصرعية .



مطالعات و مشاهدات

عن الجراحة الاقتصادية في الامراض النسائية

(١)

بقلم الملم وجيه نجما

الماون في شعبة الجراحة في معهد دمشق سابقاً والمعاون في

شعبة الجراحة النسائية في باريس حالياً

كنا نؤسم في الدكتور نجما منذ ان

التحق بشعبة الجراحة في معهدنا الميل

الى البحث والتقيب والرغبة في اغناء

لغة الضاد بعلوم الغرب وقد تحقق ظنتنا

فاذا به يحفنا اليوم بهذا البحث القيم

الذي نشره له شاكرين

(رئاسة التحرير)

لا يقدم النسائيون في ايامنا الحاضرة على التوسط الجراحي في امراض

الرحم والملحقات الا بعد ان يستفدوا كل الوسائل الدوائية جميعها . فان

الراحة والتلقيح والتبريد والحرارة النافذة والاشعة ذات الموجات القصيرة

والتدوية الكهربائية (electro-coagulation) ، عوامل مؤثرة تشفي العدد

العديد من المريضات ، فيستعدن حياتهن العادية .

وقد تحسن حال المريضة وتزول آلامها المصّة ولكن الشفاء لا يكون تاماً اذ يبدو فيها اضطراب وظيفي هام يهدد الوحدة العلية بالتفكك ويقضي على رغد عيش الزوجين . وهذا الاضطراب هو المقم ، فتندفع المريضة الى استشارة طبيبها لاتخاذها (۱)

ومتى وقفنا امام المريضة متسائلين عما نستطيع ان نعمله لاتخاذها ، كان علينا ان نراعي مركزها الاجتماعي ، فاذا كانت من الطبقة اليسورة سمينا الى تيريد الآفة ولو اضطرونا الى مداواة طويلة ولجأنا الى المداواة الجراحية باشكالها المختلفة ، وهذه المداواة لا يفصل عنها جراح نسائي يحترم نفسه في اوربة . اما اذا كانت المريضة من الطبقة الفقيرة وكانت مضطرة الى العمل لتعيش فالجراحة هي خير ما يعمد اليه . (۲)

واذا ما تقررت العملية ، بعد ان يرضى بها وجدان النسائي وتخضع لها المريضة ، يبحث الجراح عن طريقة يتخدم بها المريضة فيجد امامه اثنتين :

۱ - التوسط التام (intervention radicale)

۲ - التوسط الاقتصادي (intervention conservatrice)

ان الطريقة الاولى هي القديمة ، ونحن نعلم انها تمود الى لاوسون ثاي

(۱) من الاطروحة التي اخضرها تحت اشراف الاستاذ بيير موكو استاذ الجراحة

النسائية في جامعة باريس

(۲) يصح هذا في اوربة حيث تعمل المرأة في الغالب لتعمل نفسها . اما عندنا حيث تعيش

المرأة في جنة « بحسب تصوير سيدة فرنسية » حدثها عن مبيشة المرأة السورية « فالاملات

قليلات وتعمل الاستطبانات الجراحية بالنتيجة

(Lawson-Tait) الذي فتح البطن في السنة ١٨٧٢ واستأصل النفيرين والمبيضين وابقى على الرحم . وفي السنة ١٨٨٧ أجرى يان اول استئصال رحم وملحقاتها بطريق المهبل وفي السنة ١٨٩٢ حقق بولك عملية استئصال الرحم والملحقات بطريق البطن .

لا يعدم انصار التوسط التام وسائل للجدل فيقولون مثلاً « تأتي مريضاتنا مستشيرات لانهن يتألمن، ويطلبن منا وضع حد لآلامهن ليتمكن من حياة اجتماعية عادية فالخصي التام وحده يوفر لهن الراحة الدائمة بضربة صائبة ويضمن في حرز منيع من النكس والتوسطات التالية »

فملى الرغم من هذه الكلمات الجميلة وهذه الحجج الشعرية فقولهم منقوض لان هذه « الضربة الصائبة » لا توفر للمريضات الراحة الدائمة بل تنزعهن من برائن ألم يمتقدن انهن سيتخلصن منه بمعاونة طبيب حاذق ، وتدفعهن الى آلام لا مناص لهن منها ، آلام روحية تبعث اليأس في قلوبهن من الحياة كنسأه عاديات ، وآلام عضوية تقف امامها المداواة عاجزة .

وللسن شأنها ، فان النسائي مهما كان اقتصادياً ووجد امام مريضة قد بلغت سن الضهى او كادت يقدم على الخصي التام لان ما بقي لهذه المرأة من النشاط التناسلي لا يستحق العناية . واما متى عرضت له مريضة فتية فانه يبذل اقصى جهده للحفاظ على جهازها التناسلي الذي هو محور حياتها .

٢٠

لماذا يجب على الجراح النسائي ان يكون اقتصادياً

كيف تطورت الجراحة وبلغت درجة التوفير والاقتصاد : لقد كان مقياس

مهارة الجراح السرعة ، وفي سبيل السرعة كان لا يستعمل المشرط فحسب ، بل كان يستعين باصابعه لاقتلاع الاقسام المأوفة . وحالما تصبح هذه الاقسام على المنضدة تنتهي العملية بين اعجاب الناظرين وخيلاء الجراح . فلاحظ اساتذة الجراحة الصدمة الرضية فاخذوا يقنن معاونهم الجراحة اللطيفة التي تعتمد عن القلع والجرح وتحسن الارقاء التام والتصفيق « *péritonisation* » وبدأوا بمدئدر يشاهدون الاضطرابات الشديدة بعد الحصي التام ففكروا في الاقتصاد واجرى موريس اول طعم ميسي في السنة ١٨٩٥ ، واستمرت الجراحة الاقتصادية تتقدم آناً وتراجع آخر حتى السنة ١٩٢٦ حينما قدم استاذنا موكو وزميله روفيل تقريرهما الى المؤتمر الجراحي فبلت فكرة الاقتصاد أوج مجدها . هذه كلمة عجلى اوردتها لاظهر تاريخ هذا التطور الجليل ، والآن اعود الى التساؤل ، لماذا على النسائي ان يكون مقتصداً ؟ ليست اضطرابات انقطاع الطمث الجراحي لنواً لا قيمة له وانا سأذكرها باختصار هنا .

١ — الاضطرابات العسية : — انها من الاضطرابات الثابتة في الخصيات لجميع المبتوضعات يلاحظن انهن شديداً التأثر ، وسريعات الغضب وميالات الى السوداء (*mélancolie*) ، وقد تشد هذه الاضطرابات فتصبح تهيجاً يصعب هذيان . وقد شوهد ذلك في شعبة الاستاذ مور في مستشفى سان لويس . وعرف من سوابق المريضة انها كانت عسية المزاج . وتشعر المبتوضة الفتية ان حياتها اصبحت بلا هدف فينشأ فيها ميل الى الانتحار .

٢ — اضطرابات الدوران :

أ — جأت الحرارة : وهي من التظاهرات الثابتة . تتصف بحس حروري يبدأ بالوجه ويمتد الى العنق واعلى الصدر يرافقه احمرار ودوار ، وتستمر الثوبة بضع لحظات وتنتهي بمرق غزير موضعي او عام .

ب — الثقبية ... وقد تكون مستعمية على المداواة .

ج — الغوار

د — ازدياد الضغط : يذكر بايارد وكوت ان ازدياد الضغط يبدو بعد العملية بثلاثة اشهر ويكون اولاً في الحد الاصفر ثم في الحد الاحمر ويستعمي على المداواة .

٣ — اضطرابات التطور (métabolisme)

أ — يلاحظ في المبتضوعات ميل الى البدانة

ب — يقل فيهن النشاطان المضوي والعقلي فيشعرن بالتعب بسرعة وتضعف ذاكرتهن فينسيين الحوادث الجديدة .

٤ — النشاط التناسلي : يشاهد في المبتضوعات الفتيات قلة الميل التناسلي ولا يرى هذا العارض في المسنات والسبب في ذلك هو قيام الغدد ذات الافراز الداخلي بعمل المعاوضة . وستكلم عن المعاوضة وسبب اضمحلالها في الفتيات مع انها تبدو واضحة في المسنات .

الاسباب : لا يشك احد اليوم في ان هذه الاضطرابات تنشأ من استئصال المبيضين .

ولكن هذه الاضطرابات ليست ناجمة ثبوتاً مطلقاً وقد تغيب بحسب بعض الاحصاءات في ٢٠٪ من الحوادث . وقد عمل كيمرون على تطيل هذا

فقال بيجل (Beigle) ان السبب وجود مبيض ثالث واثبت ذلك باحصاء دقيق ، فقد فصح (٥٠٠ جثة امرأة ووجد في ٢٣ منها مبيضاً ثالثاً) وقال آخرون ان السبب هو بقاء قطعة من المبيض في اثناء العملية . وهذا حقيقي ، ويشاهد غالباً في التهابات المصحات مع التصاقات ولماذا لا تظهر احياناً هذه الاضطرابات في اللواتي قربن من الضهي ولماذا تقوم بهض العدد ذات الافراز الداخلي بعملية المعلوسة ينال لا تقوم هذه العدد بهذا العمل في الفتيات فالجواب عنه لا يحتاج الى كبير عنه . فان المبيض الذي نستأصله قبل الضهي يكون ذا نسيج متأهب للموت ، وبما ان هذا الموت بطيء ، فان العدد الاخرى ، ويسمي شيكه منها الغدة النخامية والكظر والغدة الدرقية ، تمتد القيام بوظيفة المبيض الميت تدريجياً فتلا يحم القضاء الا وتكون قد مرت على القيام بهذا العمل الجليل اما في الفتيات ، فان التوسط الجراحي يتم فجأة ، والمرض يغلبى ، المبيض ايضاً فلا تتنبه العدد التي ذكرناها للقيام بالعمل فيختل التوازن ويزى الاضطرابات الخطرة التي اشرنا اليها

٣.

هل للرحم نصيب في وظيفة المبيض : في المؤتمر الجراحي الاميري المنعقد في السنة ١٩١٤ أعلن توفيه انه شاهد في عقب استئصال الرحم رغم الاحتفاظ بالمبيضين الاضطرابات نفسها التي تعقب استئصال الرحم والمبيضين فتنبه الغرائزيون لهذا الامر واخذوا يدرسونه ، فقال غرافز (Graves) ان بين المبيض والرحم اشتراكاً غريباً

وقال زويفل (Zweifel) ان بين بطانة الرحم والمبيض علاقة غريزية متبادلة وخطا بعد ذلك فلتر وفيدروف (Fellner et Federoff) خطوة جريئة قادعيا ان لمضلة الرحم مفزراً داخلياً ، ولكن هذا الإدعاء لم يجد ما يؤيده حتى الآن ثم اخذت الغيرة النسجين قادلوا دلوهم بين الدلاء فنشر بان وآنسل (Bain et Ancel) وصفاً لخلايا بشرية في عضلة الرحم وقالوا ان لهذه الخلايا دور الافراز الداخلي .

واخيراً أجرى سيريو وموداي تجربة جميلة فقد طمأ كلبة بطعم مبيضي ، وطمأ ثانية بطعم اخذاه من ملء عضلة الرحم ، وطمأ ثالثة بطعمين مبيضي ورحمي ، وكانت النتيجة مذهشة ، فقد ضم الطمان الاولان بسرعة . وبقي الثالث المشترك طويلاً .

ولكن هذه التجربة اتت مثبتة لقول الجراحين ومشاهداتهم ولم تلق على القضية ضوءاً جديداً . فقد اعلن الجراحون قبلها ان الرحم والمبيض عضوان يماونان وكل عملية تذهب بالمبيض وتبقى على الرحم أو تذهب بهذه وتبقى على ذاك لا تدفع عن المريضة الاضطرابات التي نحاول اتقاذها منها . ولم يستطع احد ان يثبت وجود رسول (هرمون) رحمي ، وكل ما نستطيع ان نختم به كلامنا في هذه القضية هو قول استاذنا موكو ، مبيض ورحم يؤلفان وحدة داخلية الافراز ، وانه من الضروري ان نبقى على الرحم او على جزء منها للاحتفاظ بسلامة المبيض .

مداواة اضطرابات الضهي الجراحي

جرب الاطباء والجراحون والشامعون مكافحة هذه الاضطرابات

فاستعملوا مختلف الوسائل ولست أستطيع أن آتي على ذكرها كلها وسأكتفي
بالإشارة إلى الأكثر استعمالاً .

المدواة بمخلصات الغدد ذات الإفراز الداخلي : قد يجب القارئ أن
يروان سكوار هو أول من فكر في استعمال عصارة المبيض في السنة ١٨٩٢
ونحن الآن نعلم خلاصة المبيض أما بطريق القم والمقدار أربعة ستغرامات
في اليوم تتناولها المريضة على عشرين يوماً متتابعة أو بطريق الحقن ، فنحقنها
كل يوم بحجاجة فيها خمسة ستغرامات والمدة ستة أيام متتابعة .
إن النتائج غير ثابتة فكثيراً ما تنمُّ الأعراض عن اضطراب مختلف الغدد
ففي السمن الذي يرافقه مع تناذر هبوط الإفراز الدرقي نصف ما يلي :

مبيض ٠٠١٠ ستغم

درق ٠٠٢٥ ملغرام

لبرشانة واحدة

أو اتنا نضم إلى ذلك خلاصة الغدة النخامية فنصف :

مبيض ٠٠١٠ ستغم

درق ٠٠٢٥ ملغم

نخامية ٠٠٠٥ ستغم

وكثيراً ما تشكو المريضة ضعفاً عاماً يحول دون القيام بأعمالها فتمطيها

خلاصة الكظر .

مبيض ٠٠١٠ ستغم

كظر ٠٠٠٣ ،

درق ٠٠٠٥ ،

لبرشانة واحدة

ولكن خيبة هذه المداواة كثيرة ، فليجرب الطبيب خلاصة الجسم الاصفر او خلاصة المشبة ومنذ ستة اعوام ادخل الجرايين (فوليكولين) في المداواة وقد جرت العادة ان نصفه بطريق القم ولكن في الحالات الشديدة نشير به حقناً ولا اريد ان اشير الى المقادير وتكرارها لانها تختلف بحسب الحالات التي نواجهها ، وقد اخذ استاذي موكو وصديقي موريكار باستعمال خلاصة الحمصية فشاهدنا لها تأثيراً غريباً في اضطرابات الجملة المعصية النباتية وفي الاضطرابات البولية في الموضوعات .

مما لا جدال فيه ان هذه المداواة تحسن حال المريضة ولكنها تحسن ناقص وموقت ولذلك يضطر الطبيب الى اطالة المدة فتأثس المريضة من الشفاء وتفضل الاضطرابات المختلفة على تحمل عناء المداواة الطويلة .

ولا يغفل بعض الممارسين عن المداواة المرضية فيصفون البرومود والقالريانا والغاردينال وامثالها او يشيرون على المريضة باخذ حمامات حارة على الا تتعدى حرارتها ٣٨° .

ومتى خابت هذه الوسائل الدوائية المختلفة يصبح هدف الجراح الاول في العمليات النسائية الاحتفاظ بالمبيض او بقطعة منه في مقره او التطعيم به مع الاحتفاظ بالرحم او بقطعة منها في مقرها او التطعيم بها ولا يستطيع الجراح في الممارسة اعطاء الحكم المبرم الا بعد فتح البطن ، والحالات التي قد يراها لا تخرج عن واحدة مما يلي :

١ - مقر الآفة الرحم والملحقات سليمة ، والعميلة هنا هي استئصال الرحم الناقص والاحتفاظ بالملحقات .

٢ - الآفة في الملحقات والرحم غير مأوفة ، والعلية هي استئصال الملحقات المأوفة مع الاحتفاظ بالمبيض او بقطعة منه في مفره او التطعيم به .

٣ - الآفة منتشرة من الرحم الى الملحقات .

أ - استئصال الرحم القاعي (hystérectomie fundique) مع الاحتفاظ بالمبيض او قطعة منه في مفره او التطعيم به .

ب - انتشار الآفة في الملحقات ، وخير عملية هنا هي استئصال الرحم الناقص (subtotale) واستئصال الملحقات والتطعيم المبيضي .

هذا ، واقف هنا من البحث فلا ادخل بالقارى في الطرق العملية لان شرحها يحتاج الى رسوم يتعذر الحصول عليها واراني قد اكرت من ذكر التطعيم المبيضي ولذلك سأفرد له بحثاً خاصاً في الجزء القادم ان شاء الله .



التشخيص الباكر في سرطان الثدي

درس قيم الفاء على الاطباء الدكتور

د. ش. موني، جراح المستشفيات في معهد باريس

ونقله الى العربية الدكتور وجيه نجا

المعاون في شعبة الجراحة النسائية في معهد باريس

مقدمة: الدكتور موني هو واحد كبار الجراحين في معهد باريس وهو صاحب الكرسي الثاني في الشعبة النسائية فهو معاون الاستاذ المحترم بيير موكو وكلاهما من تلاميذ الاستاذ الاكبر دلبه. وانني سعيد جداً ان اتمتع بصداقته فهو يرعاني بتشجيعه ويحفظني بصفاته وقد خصه الله على علمه بما خص به ابناؤه قومه تواضع في مجلسه ولطف في حديثه، وسخاء في علمه وتجاربه. ولقد تكلم مرة عن تشخيص سرطان الثدي فأعجبت بمنطقه وتجاربه ووفائه لاساتذته ورجوت منه ان اقل محاضراته للفتى العربية وان ياذن بنشرها في مجلة المعهد المحترمة فقبل رجائي لطفاً منه وانني ارسلها هدية منه الى معهد دمشق. اهـ.

ان تشخيص سرطان الثدي باكراً امر صعب، فالمسؤولية كبرى، والضلال قد ينتهي بمجدع لا حاجة اليه او باستبقاء يكون ينبوعاً لتقرير سريع ومميت.

والمفهوم انني لا اشير هنا الا الى الحالة في بدنها حيث لا التصاق بالجلد

او بالسطوح المجاورة .

وما يجب ان نعلمه قبل كل شيء هو ان - سرطان الثدي يتصف حتى في بدئه بنفية تحدد الورم ، فالانتشار هو العلامة الاكثر تكبيراً والاشد ثباتاً والاعظم أمانة ، ولكن الحس به يتطلب يدأ بممارسة ، ففتاح التشخيص هو في التفسير الصحيح لما يحمله لنا حس الحس .

وسأبسط الموضوع اولاً بذكر القواعد المدرسية التي وضعها فلبو :
لا تقبض على الثدي عرضاً بأصبعين فالثدي حتى السليم يسدي حس ورم لا وجود له ، ورم يتلاشى حينما يجرى الحس به بالطريقة الصحيحة وهي كما يلي :

تدعم اصابع احدى اليدين محيط الثدي ولتأخذ اصابع اليد الثانية وجهه الامامي دافعة الغدة على الصدر ولتضغط بلطف نواحيها المختلفة .

واضيف هنا انه من المستحسن ان يجرى الفحص والمريضة مستلقية على ظهرها فنقابل الحس الذي نشعر به في الجانبين

ان النوى اللبية الصغيرة في مرض فوكاس (Phocas) والا كياس الصغيرة في مرض ركلو تحس بها اليد كعب الحرق او كرووس الدبايس ، وهو عرض يني ، وفوق ذلك نحس بها في الثديين معاً لان مرض ركلو في الغالب مزدوج ولا نجد في تشخيصه صعوبة خاصة ، ومع ذلك فقد رأيت في الممارسة نساء قيات اشير عليهن باستئصال الثديين وكانت الحال مرض ركلو بلا جدال .

اما الصعوبة فتبدأ امام تلك النواة الجسيمة الناشئة من التهابات الثدي

والتي تدعى الاورام الغدية الليفية (adeno-fibromes) او الكيسيات. ولهذه الاورام صفات أساسية : لا يبدو بالجلس اي التصاق بالجلد ويظهر تحددها واضحاً .

لا شك انه قد يدرك بالجلس في عدد كبير من هذه الحالات ذلك التحدد فتحكم بسلامة الورم ولكن رغم ذلك تروا غير مطمئنين اطشائاً مطلقاً الا اذا استطعنا ان نقدم البرهان على انه كيسية . ولتقديم هذا البرهان لا نستطيع ان نعول على الفحص السريري ، لان هذه الكيسيات متوترة توتراً شديداً فتبدو كأنها كرة حجرية . فالملامة الاكيدة هي السائل الذي يظهره الميزل . فاذا كان مثبناً ورأينا في الحقنة سائلاً معيلاً تأكدنا سلامة الورم وطبيعته الكيسية وحقق لنا الابتعاد عن العملية .

ومنى كان الميزل سليماً نستنتج ان الحالة ورم صلب فلا ثبات سلامته ليس لدينا وسيلة غير الجلس الذي يحدثنا عن علاقة الورم بمحيطه . أهو محدد تماماً ؟ الا يوجد اقل ارتشاح في الغدة ؟

ان الحدود بين الورم الغدي النشئ* على نواة التهاب الشدي والسرطان غير واضحة تماماً . ومع ذلك فالتشخيص يرتكز قبل كل شيء* وفوق كل شيء* على حس المس

ثم اتنا لا نستطيع استنتاج شيء* من غية المقد في الحفرة الابطية لان السرطان لحسن الحظ لا يصيب المقد في بدئه ، وعلى العكس ، اذا وجدنا المقد فليس لوجودها اية قيمة في التشخيص ، وانه لحظاً فاحش ان

يرافق وجود العقد عندنا فكرة السرطان فنجتنب تشخيص التهاب الثدي (mamnite) حينما نشعر بالعقد في الحفرة الابطية ، ولذا اعيد القول ان ليس للعقد قيمة تدفعنا الى قبول تشخيص السرطان الا متى رافقتها تلك الصلابة الحشوية وهي وحدها وصفية في السرطان ، وعليه اتى اكرر ان السرطان يترقى زماناً طويلاً قبل ان ينتشر انتشاره الوصفي الحديث .

ان الالتصاق بالجلد علامة باكرة ، انا لا اتكلم عن ذلك الالتصاق الذي يقتحم الميون حالما يمرى الثدي ولكني اتكلم عن الالتصاق الذي لا يظهره الا الفحص الدقيق وتحري هذه العلامة على السيد ولتر الطريقة التالية التي مرز تلاميذه عليها والى طى ذكرها بومغارتنر (Baumgartner) في مقالاته المدرسية ، وهي : لا تقرص الجلد على الورم بل حرك الورم تحت الجلد دافماً القسم الذي يجاوره من الغدة ، ترَ عندئذ ان الورم يتزلق تحت اللحف ويحدث في النقطة التي توافق مركزه انخفاضاً على الجلد بشكل اخدود رقيق او سطح مصقول ، وهذا يشير بلا ريب الى بدء الانتشار التشوي . والطريقة المثلى لمشاهدة هذه العلامة هي ان نضع اليد على الصدر تحت الثدي وندفع الغدة كلها الى الاعلى . عند ما تظهر هذه العلامة تأكد تشخيص السرطان في ٩٩ ٪ من الحالات . واذا لم تبدُ هذه العلامة فنحن مضطرون ان نمود الى الحس الذي نجنيه بلجس وقد شرح استاذي بير دلبه في كتابه الجليل طريقة اخرى ملخصاً دروسه وممارسته الطويلة بالبارات التالية التي احفظ بنصها تقريباً : متى جسّ الثدي جيداً وهو مبسوط على مريضة مستلقية وبدا انه نيبس ويتحول

الى حبيات صغيرة لا تعد كما يتحول النجم الى مطر ، في هذه الحال لا مجال للشك في سلامة الورم . وتبدأ الصموية لدى التصاق حبيبات التهاب الثدي (mammitis) التي لا تتفرق ببسط الغدة . وهذه علامة مؤلمة دائماً قد تشير الى تحول التهاب الثدي الى سرطان وان كانت غير ثابتة .

واحياناً تؤلف الحبيبات غير المتلاصقة صفيحة سطحها محبب وقوامها صلب ولكنها صلبة منتظمة في جميع انحاءها .

وتحتفظ هذه الصفيحة بمنتهى المرونة ولكن ليس لها وضوح محيط ورم غدي حقيقي ولا ورم غدي لبني ومع ذلك ليس لها انتشار السرطان .

من المؤكد ان هذه الاشكال صعبة التفسير ولكن يجب ان نعرف كيف نميز بعضها عن البعض الآخر

صفيحة لينة ومنتظمة ، لا يجوز لنا ان نتردد في هذا ، بل علينا ان نتوسط توسطاً موضعياً ونحكم الفحص النسيجي ، صفيحة لينة ولكنها ممتدة ، يجب ان نرتاب في أمرها حتى بعد استئصالها واثبات الفحص النسيجي انها سليمة ، وعلينا ان نبقى المريضة تحت المراقبة القوية فاذا اضاعت الصفيحة مرونتها ، واذا رأينا بقعة منها قد اشتدت قساوتها واذا اصبحت هذه البقعة غير منتظمة ، فاذا رأينا كل ذلك جاز لنا اجراء عملية البتر .

وهناك قضية التشخيص التفريقي الباكر بين سرطان الثدي والتهابه المزمن ، فانا اذا حاولنا اليه السيل لا نبلغ بالفحص السريري ما نصبو اليه .

اذ لم يبق عندنا الا الفحص النسيجي وقد كان الجراحون منذ زمن بعيد

يلجأون في حالات الشك الى الخزعة . وقد حكم على هذه العملية اليوم انها خطيرة ، وفوق ذلك نجد ان الفحص التيسجي لسوء الحظ لا يكفل لنا بالنتيجة الحاسمة ، وعليه فلا خير من الطريقة التي علمني اياها استاذي وصديقي موكو وهي ما يلي :

عملية ذات زمنين ولكن في جلسة واحدة ، في الزمن الاول يعمد الجراح الى رفع الورم المشكوك فيه وهذا الزمن لا يكلفه اكثر من ضربة مشرط ، ونحن نعلم ان منظر السرطان واضح بالعين المجردة ، فتي كان السرطان اكيراً يغير الجراح قعايزه وآلاته ويجري العملية الكبرى . وهذا هو الزمن الثاني ، اما اذا تلبدت غيوم الشك وسدت عليه منافذ اليقين فعليه ان يرسل خزعة الى الخبير ويؤجل الزمن الثاني بضعة ايام . وهذا نادر الوقوع . ولتذكر دائماً في هذه الحال ان الفحص الايجابي ثبت كل شيء والفحص السلبي لا يثني اي شيء . وانه لمؤسف حقاً ان نرى دائماً ان بعض المنفيات لا قيمة لها في انذار الورم .

وقبل الختام اود ان اقول كلمة عن السرطان البشري (dendritique) فانه منذ الوقت الذي خصص به ليسان درساً جيلاً ممتازاً نسمع كثيراً ترديد هذه العبارة « ان سيلان الدم من حلة الثدي ليس له اي قيمة في وضع الانذار » .

علينا اولاً ان نميز السيلانات المدماة وسيلان الدم الخالص . وقد علمتنا التجارب ان كل سيلان دم خالص من حلة الثدي هو عرض ذو انذار وخيم واتي اريد ان اقبل انه في حالات خاصة وفي ثدي امرأة قية حينما اشمر

بورم واضح متصف بصفات الكيسة الصغيرة ومحدد تحديداً حسناً وخالٍ من
الالتصاقات، ان الحكمة تقضي علينا كما يقول ليسان ان تجري عملية موضعية .
واما متى بلغت امرأة من السن حداً لا يعتبر تنضجية الثدي فيه بترأ
مؤسفاً ، فسيلان الدم الحاصل وحده كافٍ لتنضجية بالفدة جميعها .



الكلى وازدياد التوتر الشرياني

ترجمة الطالب السيد شفيق البابا

لا غرو ان الجدل في علاقة الكلى بازياد التوتر قديم العهد ، فان انصار الاسباب الكلوية في ازدياد التوتر وخصومها كانوا ولا يزالون في جدال مستمر .

ويظهر لنا الآن ان متابعة البحث في هذا الموضوع لا تكون نتيجتها اغلاق هذا الباب ، غير ان بعض المعلومات الحديثة قد تساعدنا على ان نستخلص من علاقة الكلى بازياد التوتر نتائج مفيدة في فهم الحوادث وتصنيفها ومعالجتها ، وسنعرض هذه المناسبات بسرعة كما هي اليوم على ان يعود الراغب في التفصيل واستقصاء المصادر الى اطروحة احدنا (د . ديهوك : الكلى وازدياد التوتر - فانسي ١٩٣٨) .

التشريح المرضي : لقد اقتصر هذا القمص برهة من الزمن على الكلى المستأصلة بعد فتح الخجة فكان يكشف امرين : اولهما آفات كثيرة المصادفة كان ازدياد التوتر فيها ذاشدة ومدة كافيتين ، وهي آفات من نموذج مميز جدير بان يكون لها وصفاً خاصاً ، وثانيهما آفات منسابة تقريباً كشفت في اشخاص غير مصابين بازياد التوتر وتصادف في اثناء سير التهابات الكلى الحابسة للازوت مثلاً .

يستنتج مما تقدم ان الكلى تصاب عادة متى ازداد التوتر غير انه لا استطاع تعيين ما يعود الى التهاب الكلى او الى ازدياد التوتر نفسه ، فيتمدر

والحالة هذه اقرار علاقة ثابتة تربط التهاب الكلى بازدياد التوتر .

وقد توصل بعضهم (فولهار وفاهر ثم شامبايه) منذ بضع سنوات خلت بفضل الحزغ التشريحية ، الى اثبات اصابة الكلى اصابة متسرة في ازدياد التوتر ، وامكن ايضاً وصف اشكال تشريحية خاصة لهذه الاصابة وهي تصلبات سليمة او وخيمة في الاوعية الكلوية تلك الآفات المختلفة عن المائل الكلوية الاخرى ، وهكذا اقر مرض كلوي خاص أسند اليه ازدياد التوتر الشرياني المعروف (بالنفرد او المرضي) غير أنه مهما كان هذا الفحص التشريحي مبشراً فهو يظل متأخراً عن ازدياد التوتر الذي لجى اليه بسببه . فالمسألة لم تتقدم بل بدلت اتجاهها ولم تحل وبقي تعيين الحدود الحقيقية الفاصلة بين ما يعود الى ازدياد التوتر او الى الآفات الكلوية غامضاً .

فيفيد التشريح المرضي اذن ان الكلى في ازدياد التوتر تكون مأوفة في الغالب وآفتها ذات نموذج خاص ، ولكنه يجز ان يبين لنا ايها البادى .

اي الكلى او ازدياد التوتر ؟ ومهما كان الامر فان اصابة الكلى في هذا الحادث عنصر اساسي ذو شأن في الانذار والمعالجة .

الاعراض السريرية: يوضح الفحص السريري اذا ما استعان ببعض الاختبارات الفيزيائية المرضية اصابة الوظائف الكلوية اصابة متباينة ابان ازدياد التوتر ، ونقول الوظائف الكلوية لان السرري يهمه تقصي الوظيفة اكثر من الآفة التشريحية وليس من المحتم سير هذين الامرين جنباً لجنب فالكلية كبقية الاعضاء الاخرى تعاوض معاوضة تساعد على التقلب على اصابات تشريحية قد تكون ينة ، ولوظيفة العضو في الممارسة المقام الاول .

فهذه ازدياد توتر يرافق العلامات المبكرة الدالة على إصابة الكلبي وهي الالتهابات الكلبي الموتر الحادة او المزمنة، وازدياد توتر تصحبه اعراض كلوية تالية لطور من ازدياد ضغط منفرد دائم او اشتدادي من منشأ مختلف او غير معين على الترجيح وهو مرض ازدياد التوتر، واهيراً ازدياد توتر يسير بدون اعراض كلوية وذلك اما لسلامة المرض او لانه لم يبلغ طوره الكلوي ولذا يتحتم تعيين القيمة الوظيفية للكلبي في كل مصاب بازدياد التوتر لحشر دائه في احدى الزمر المذكورة، اذ يتوقف على هذه القيمة وضع انذار ازدياد التوتر ومعالجته .

ولكن هذه المعلومات السريرية ايضاً قاصرة عن ان تبين لنا الصلات الامراضية الحقة بين الكلبي وازدياد التوتر فاذا امكن ان يعزى الامر في بعض الحالات الى آفة كلوية يسه او يقبل في اخرى وجود ازدياد توتر بدئي فان هناك حالات عديدة يظل معها هذا التميز عسيراً جداً او مستحيلاً. فالسريريّات قبل ان تتوصل الى البت في مسألة الامراض تشير الى ان البحث في اسباب ازدياد التوتر وانذاره ومعالجته يجب ان يحوم حول الكلبي فاذا زاد التوتر الذي ترافقه آفة كلوية وازدياده المستقل عن هذه الآفة - ويقصد من ذلك الوظيفة الكلوية فقط - يجب ان يحشر كل منهما في جانب اذ اسكل منهما انذار خاص ومعالجة ذات استطبائات متباينة .

الدراسة التجريبية : في الآونة الحاضرة طرق عديدة تمكن المختبرين في الحيوانات من زيادة التوتر مدة مديدة وهي اما ان تكون بعيدة عن الكلبي (اطلاق « défrénation » حصار دماغي ، كثرة الحيوانات ،

قصور الدرق) او تؤثر فيها مباشرة (الانضغاط وفاقه الدم في الكلى) ،
 والمجال متسع لتعد التشابه او التماثل المفروض وجوده بين ازدياد التوتر
 التجريبي وازدياده الغفوي المشاهد في المرضى ولكننا لا نسير ذلك اهتماماً هنا
 تفضي جميع هذه التجارب اذا ما كانت شديدة واستمرت مدة كافية
 الى آفات واضطرابات وظيفية كلوية، وقد يتلافى قصص ازدياد التوتر الحاصل
 بطريق الاخلاط في عقب توسطات تجرى على الكلى او تلو الحقن بدم
 مأخوذ من حيوانات اجريت عليها هذه التوسطات. فهذه المشاهدات عميمة
 القائدة لما نحن في صدد، فهي توضح لنا اشياء عديدة، منها ان كل ازدياد
 في توتر الدم يؤثر في الكلى على ان يكون شديداً ومديداً، وان التوصل الى ذلك
 ممكن بالتأثير المقصود ويقوم هذا باحداث فاقدة دم في الكلى، ويستطاع اجتناب
 ازدياد التوتر او تخفيف وطأته بتضاد ذلك اي باحداث توسع وعائي، وان
 احداث التوتر الشديد او اجتنابه وانقاصه امور يتسنى نقلها بطريق الاخلاط
 فالتجارب تثبت لنا استناداً الى الحوادث الناجمة عن شروط متشابهة
 ومتماثلة بين ازدياد التوتر التجريبي والمرضى، ان الكلى تتفاعل في كل
 ازدياد توتر شديد ومستمر، وان باستطاعتها احداث ازدياد في التوتر، وان
 التوسطات التي تفضي الى توسع اوعية الكلى تجتنب او تخفف شدة هذه
 الزيادة، فهذه المعلومات تتلائم مع المعلومات السريرية والتشريحية المرضية ولكنها
 تخطأها في نقاط عديدة وتساعد على ايضاح الروابط الفيزيولوجية المرضية للنسب
 الكائنة بين الكلى وازدياد التوتر، وقد اخيراً سنداً ثميناً في اقرار المعالجة
 دراسة الفريزة المرضية : من الثابت ان الكلى تعد امراً اساسياً في تنظيم

توتر الدم الذي يعد ازدياد التوتر احد انحرافات المرضية ، وشأن الوظيفة الكلوية هذا يجبر الشروط الدورانية العامة على التوافق مع شروط الدوران الكلوي ، فاذا ما استبطنت عثرة الكلى ادت ولا شك الى ارتفاع توتر الدم للتغلب عليها وهي فكرة السد (barrage) الكلوي الدرسية الذي هو مصدر ازدياد التوتر ، تلك الفكرة التي ظلت صحيحة بمجموعها .

اما المعلومات التجريبية الحديثة فهي خير ما يساعد على فهم هذه الحالات وذلك بايجاد انقباض وعائي في الكلى يتوصل به بعد تأثيره في هذه الاعضاء الى رفع التوتر ويستطاع اجراء ذلك ايضا بطريق الانكسار او الاخلال بنقل هذه الحاصلة بعد الحقن بدم حيوان مصاب بازدياد التوتر ففي هذه الشروط تتنبه الجملة الموترة العامة ، ويقع على النقيض باحداث توسع وعائي في باطن الكلى وفي الشروط نفسها ارتكاس (reaction) معاكس ، فالمائقة الكلوية حقيقة لا مرية فيها غير انها ليست آلية بحثة بل ينجم الامر عن فعل انعكاسي وخططي في وقت واحد وبواسطته يتسنى للكلى زيادة التوتر .

وتستخلص من هذه التعاليم التجريبية نتيجة اخرى اهم مما سبقها وهي ان الكلى في كل ازدياد توتر تتفاعل فتزيد في شدته ايضا وبذا تقع في دائرة مفرغة لا مناص منها . وينقص نزع الاعصاب الكلوية عادة ازدياد التوتر اياً كان منشأ ومنه يستنتج ان الكلى لم تظل في معزل عن هذا الازدياد بل انها تفاعلت تجاهه ويظهر انه يستحسن تحليل ذلك بما يلي :

ان الكبة ذاك العضو الضعيف بقي نفسها في ازدياد التوتر الذي يهدد كيانها بتشنج يخلق اوعيتها في وجه الدم الوارد بضغط شديد (وهناك

وسائل دفاع مشابهة ترى في نواحٍ أخرى وعصية بوجه خاص (غير ان هذا التشنج عنه يكون مصدراً لازدياد جديد في التوتر كما اسلفنا، وهكذا فان ازدياد التوتر يقبض الاوعية المستبطنة للكلية ويزيد هذا الانقباض بدوره التوتر شدة وهكذا دواليك . . .

وسرعان ما تلاحظ نتائج هذه الحوادث اذا ما كانت ذات شدة كافية ومدة وافية ، فيستعمل الداء ويشند سيره وتظهر افات تشريحية واضطرابات مرضية . فالفائدة القصوى تجنى بتحطيم هذه الدائرة المفرغة بتوسطات تفضي بعد توسيعها الاوعية المستبطنة للكلية الى خفض التوتر العام .

فالكلية تريد التوتر بفعل انمكاسي عصبي وخلطي تتعلق اسبابه بانقباض الاوعية المستبطنة لها وكل ازدياد في التوتر يؤثر في الكلية باحداثه انقباض اوعية الكبة ذلك ما يبق هذا العضو من ازدياد التوتر وهو نفسه سبب هذه الزيادة وهكذا تتكون دائرة مفرغة خطيرة ، وقد تكون نتيجتها استمرار التوتر وظهور الآفات والاضطرابات الكلوية ، وبفضي توسع الاوعية المستبطنة للكلية على النقيض الى هبوط التوتر ويتسنى له معاكسة هذه الدائرة المرضية المفرغة

ان الكلية التي هي السبب المباشر في بعض انواع ازدياد التوتر تصاب تقريباً في جميع الحالات واليها يعزى ازمان المرض واشتداد خطره ، فدور الكلية من ناحية الفرزة المرضية كما من الوجحات السريرية والتشريحية المرضية والتجريبية دور راجح بين اسباب ازدياد التوتر، وليس هذا الازدياد دائماً بالحادثة المعاوضة او الملائمة الي يفتضي احترامها اذ يبدو على الضد في

بعض الاحوال ان لم يكن في جميعها كظاهرة مرضية حقيقة خليفة بان تكون مصدراً لتأنيج وخيمة تحسن مقاومتها بسلاحها نفسه .

المداداة : يعطى لنا دور الكلى الهام وجوب العناية بها في المصاين بازياد التوتر بما يلائم من الاغذية والعلاجات وفي ذلك تعاليم درسية حديثة، ويوضع لنا دورها الفيزي المرضي المقصود او المعتف امكان تحسن ازدياد التوتر بعد تحسين وظيفة الكلية ولو لم تكن الكلى سببه المباشر، وهويبين ايضاً سبب ترجيح التوسطات الكلوية من خزع الحفظة وقطع الاعصاب بين وسائط المداداة المتداولة في الجراحة لمعالجة فرط التوتر عدا الاستطابات الخاصة المختلفة .

ويظهر لنا ان هذه التوسطات التي لا نسب فيها الآن المحسنات التالية : بساطة العمل وسلامة نتائجه ، ومن مساوئها وجوب اجرائها في الجانبين على السواء وظهور محسناتها المذكورة كلما بكر فيها اي في حين لا يشعر المريض فيه بملته ولا يقر بضرورتها فيعسر عليه جداً التسليم بها .

ان تأثير هذا التوسطات في وظائف الكلية نفسها او مقياس تحسن هذه الوظائف ، امر لا زال الجدل فيه على اشده غير ان هذا التحسن مقبول وعلى الاقل في بعض اشكال من العطل الكلوية . اما تأثيرها الخاص فهو في الدائرة المفرغة الزيدة في التوتر فتفضي الى اختفاء احد عناصرها الا وهو انقباض اوعية الكلى ومنه انخفاض التوتر العام ولو لم يكن من اصل كلوي صريح . وهي تساعد اخيراً على الاستقصاء في التواحي النظرية مع ان الآفات النظرية التي تؤدي الى ازدياد التوتر كالاورام مثلاً نادرة جداً ولكنها موجودة ويستحيل كشفها غالباً بدون هذا الاستقصاء المقصود، ويحق بهذا

فقط ترجيح هذا النوع من التوسطات التي تفوق محسناتها الطرق الاخرى .
 والتجربة التي اتينا على ذكرها في صلب البحث بسيطة يمكن للمختص
 ان يرى في الاطروحة المنوه عنها ما يتعلق بها من البراهين ونذكر هنا فقط
 ما يهنا من هذه النتائج وهو سكون او خفة الاعراض الوظيفية حتى اختفائها
 من دوار والام واضطرابات وعائية حركية مختلفة وغيرها اكثر من هبوط
 التوتر العام القليل الذي لا يلبث الامدة من الزمن ثم يصعد مترياً بعد
 هبوط مباشر في عقب البضع . فارتفاع الضغط ليس هو كل شيء في ازدياد
 التوتر اذ يظل غالباً حفيماً تحجبه اعراض وظيفية صاخبة قد تكون في عرف
 المصاب المرض كله فلا يمكن الا ان يشعر باختفاء هذه الاعراض .

ان المعالجة الجراحية الكلوية المضادة لازدياد التوتر ذات محسنات جليلة
 فهي عدا خفضها التوتر الشرياني خفضاً نهائياً تساعد على متابعة العمل ،
 فالكلية يجب ان تمد سواء أمن جهة المعالجة او غيرها في مقدمة اسباب ازدياد
 التوتر فالاعمال الحديثة تؤيد دور الكلية في هذا الشأن .

والكلية قد تحدث ازدياد التوتر ثم تتأثر منه فتفاعل ضده بزيادته ايضاً
 فكل ازدياد في التوتر مديد ذي شدة كافية تراققه اضطرابات وظيفية وآفات
 كلوية . وعلى التبعص السريري ان يبين القيمة الوظيفية في كل مصاب بازدياد
 التوتر لان الانذار مرتبط بها ، وتكفل المعالجة بتأثيرها في الكلية تحسن هذا
 الازدياد تحسناً محسوساً فهي ان لم تنقصه نقصاً ملموساً افضت على الاقل
 الى اختفاء الاعراض التي تريد في وخامته والظواهر التي يشتكها المصاب ، ولذا
 يترتب على السريري ان يعتبر ازدياد التوتر من وظائف الكلية . (لجرون، ودهوك)

المعالجة الذهبية في الربو القصبي

ازالة تحسس البدن الذاتي بمركبات تحت الكبريت

ترجمة الطالب السيد شفيق البابا

ان النتائج الباهرة التي احرزها (دودن) اذ عالج الربو القصبي بالكرزولين ايدتها اعمال كثير من المؤلفين ويجب ان ثبت الى جانب هذه الاعمال التي لحصتها اطروحة (سكارموتين) ما قام به (تومسيك وسكلاك ولاسينا وصبحي) مما افضى الى نتائج شبيهة بما تقدمها

ولقد عالجنا نحن بدورنا منذ السنة ١٩٣٣ من الربو القصبي (٣٥) حالة كانت نوبها نموذجية بيّنة فكان النجاح في (٢٧) منها اكيداً ومديداً، وعادت النوب الى الظهور في خمس بصورة متباعدة وفادرة اما في الحالات الثلاث الاخرى فكانت الحية محققة. ثم جربنا المعالجة ايضاً في (١٩) مريضاً مصابين باعراض تصلبات ليفية رئوية وربو خفي تحت كبريت الصودا والذهب المضاعفة بعد ان اثبت الفحص في الجميع وجود الايوزينيات في القشع وكشفها في الدم ايضاً في (٤٠٪) من الحالات، فكان النجاح باهراً في تسعة منهم بعد سلسلة الحقن الاولى في ست حادّات بلغ مجموع الذهب فيها (٠.١٦ غ)، وفي خمس حادّات بعد تكرار المعالجة بفاصلة ثلاثة او اربعة اشهر، وكان التحسن يئناً في ثلاث اخرى واخفقت المعالجة في الآخرين.

غير ان الغاية من البحث ليس ما ذكر بل انا نحاول هنا ان نجيب عن السؤال التالي : ما هي آلية تأثير هذه المداواة ؟

ان ما حالفنا من النجاح في تجاربنا السريرية تحلى في حالات ثبت فيها فرط التحسس نحو مولدة نجاب (allergène) خارجية وهذا ما دعانا الى التعمق والتقصي في طرز فعل مركبات تحت الكبريتيت في حالات التأق واخصها تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة . ولما لم نجد في سلسلة التجارب الاولى التي اجريت على القبعات (cobayes) فرقاً اساسياً بين تحت كبريتيت الصودا البسيطة وتحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة من حيث تأثيرهما المضاد للصدمة ، غلب على الظن ان فعل مركبات تحت الكبريتيت يقوم بما فيها من الكبريت وان اثر الشاردة الذهبية ثانوي كما سنعود الى تمحيص ذلك فيما بعد ، ولم يقض لنا ان نملأ تأثير تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة في المداواة وخاصة في الربو القصبي بفعلها في تضاد الصدمة فقط اذ ان هذا الفعل في الجسم الثق قصير الامد لا يدوم ما يستلزم دورانها في الجسد من الزمن ، واتضح هذا في التجارب السريرية حينما استخدمنا مركبات تحت الكبريتيت في معالجة الربو كعلاج مضاد للصدمة . وثبت ذلك ايضاً بالتجارب على القبعات ، فاذا ما تم انطراح هذه المركبات بعد (٤ - ٨) ساعات من الحقن بها اضمحل اثرها المضاد للصدمة وتفاعل الحيوان بصدمة شديدة حين ولوج مولدة التجاب مرة ثانية ، وهذا على الضد من فعل تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة في الربو اذ كان تأثيرها مديداً ، وما يلاحظ من العوارض الموقته لا يلبث ان يختفي

تلو قطع المعالجة .

ولهذا كله صرفنا اهتمامنا الى عامل آخر لمشأته في ازالة التحسس في حالات التأق الا وهو مولدة التجارب الطبيعية نفسها التي كما يظهر لنا لم تمر التفاعلاً عند البحث في طرز تأثير مركبات تحت الكبريتيت في الربو القصبي ، فالتجارب التي اجريت لهذه الغاية على الحيوانات اثبتت امكان ازالة التحسس ازالة موقته فيما لو ادخلت مولدة التجارب بمقادير متتالية تباً لطريقة (سردكا) وان الاجسام الاخرى سواء اكانت من اشباه البلور او اشباه الفراء تزيل هذا التحسس لمدة اقصر كما برهننا على ذلك في تجاربنا ومنها يتبين ايضاً ان اطالة زمن ازالة التحسس ممكنة بحسب طريقة سردكا لو ادخلت الى البدن مقادير جديدة من مولدة التجارب قبل اختفاء تلك الخاصة . وهكذا يمكن تمديد ازالة التحسس حتى يتلاشى فرط التحسس السابق من نفسه كما ينشأ التجارب في الحيوانات الشاهدة .

ولقد تم لنا في سلسلة تجارب اخرى ان نضم فعل تحت الكبريتيت الى طريقة سردكا في ازالة التحسس بدلاً من اعطاء الحيوان مقادير متتالية من مولدة الضد يحقن بالمقدار العام دفعة واحدة على ان يمزج مع تحت الكبريتيت فتفقد الصدمة وتكون ازالة التحسس اطول امداً مما في طريقة سردكا وقد قامت هذه التجارب على فئات ثلاث من القمامات كانت محسسة كما هي العادة بحقن جلاها بمقدار (٠.١) سم ٣ من مصّل الانسان .

فكانت ازالة التحسس في السلسلة الاولى بحسب طريقة سردكا النودجية بعد حقن كل قبة بمقدار (١) سم ٣ من المصل تحت الجلد ويحقن لها بعد ساعة من

الزمن (٤) سم ٣ عن طريق الصفاق (باريطون) ، فامكن لهذه الحيوانات بعد ان زال تحسسها ان تحتل بعد مضي عشرة الى اربعة عشر يوماً المقدار المحدث للصدمة عادة وهو (٠.٣) وازيل تحسس الفئة الثانية على الطريقة نفسها مع بعض الاختلاف اذ كان يمزج المصل تحت كبريتت الصودا بنسبة (١/١) . وحقت كل قبة من الفئة الثالثة بمقدار (٥) سم ٣ من المصل ممزوجة مع تحت كبريتت الصودا ايضاً بنسبة (١/١) عن طريق الصفاق دفعة واحدة . وبعد اليوم العاشر اتضح ان حيوانات الفئات الثلاث تحتل مقدار (٠.٣) من المصل البشري ذاك ما يحدث الصدمة الميته في الحيوانات المحسنة ، وكذا فانا نعتقد انه باستطاعتنا ان نبرهن على امكان استبدال طريقة برسدا - التي يلجأ اليها في ازالة التحسس بالمقادير المتقاربة - بمقدار كبير من مولدة الضد اذا ما مزجت تحت كبريتت الصودا لتصل الى النتيجة عنها .

فاذا ما وعينا هذه المعلومات التجريبية تسنى لنا ان نهم طرز فعل مركبات تحت الكبريتت واثرها في الربو القصبي ، فلاحظ ان المصاب بالربو يبدي اذا ما كان في شروط تساعد على تفوذ مولدة التجاوب في زمن تقارب فيه معالجته بمركبات تحت الكبريتت ، شروطاً تماثل ما يرى في التجاوب على الحيوان فيما اذا ازيل تحسسه بحسب طريقة برسدا المعدلة باعطاء مركبات تحت الكبريتت . ويمكن لنا ان نحقق هذه الشروط اذا ما عالجتنا المصاب في وسط غني بمولدة التجاوب اي حيث يصاب بتوب الربو الشديدة ، ونوفر بهذه الطريقة على اتسنا مشقة البحث عبثاً في ايجاد مولدة التجاوب

ونطمئن الى تفوذه بالبدن بالطرق التي تحس منها . فباعطائنا مركبات تحت الكبريتيت - ورجع منها عملياً تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة للاسباب الآتي ذكرها - نزيل التحسس ازالة مؤقتة بفعل هذا العلاج المضاد للصدمة غير ان ذلك يسمي مستمراً بولوج مولدة التجارب المتماذي والمديد الى الجسم بصورة تخلق فيه شروطاً تشبه ما وقع في التجارب على الجوانب المنوه عنها سابقاً .

ولقد اعددنا لتجقيق صحة هذا المدعى تجارب سريرية في شروط ملائمة فاذا صح رأينا تحتم اخفاق المعالجة تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة اذا ما اجريت في وسط خلوي من مولدات التجارب التي تحس نحوها جسم المريض ، بينما يكون حليفاً النجاس في آخر يشتمل على مولدة الضد المواقفة وتوقفنا في تهمة مثل هذه التجارب السريرية على حالات اربع سنذكر بالتالي مختصراً عنها :

المشاهدة الاولى : السيدة (ا . س .) كانت تقطن بلدة (ب) حتى السنة ١٩٣٣ وفي شهر آب من السنة نفسها بدلت سكنها واستوطنت قرية (ك) وهي تبعد عن الاولى زهاء (٣٠) كم ، ولم تلبث حتى اعترتها عقب ذلك نوب ربو خفيفة في البدء ثم اخذت تشتد فكانت تغتاجها مرتين او ثلاث مرات في الاسبوع ، ولاحظت انها تنجو من النوب اذا ما عادت الى مسكنها الاول في (ب) غير ان النوب تعود الى الظهور حين رجوعها الى (ك) وفي شهر شباط من السنة ١٩٣٤ استشارت احدنا ووضعت نفسها رهن التجربة التي رسمت لها ففككت في (ب) اربعة اسابيع برئت خلالها من نوب الربو

سِناً كانت تماذج طيلة هذه المدة بحقن وريدها تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة وبلغ مجموع ذلك ثمانى حقن قوام الاولى منها (٠٠١) غ من الذهب في المركب المذكور ثم زيد حتى بلغ (٠٠٨) غ، وفي شهر آذار عادت المريضة الى (ك) فاعترتها في الاسبوع الاول من وصولها ثلاث نوب شديدة ، وفي الحادي عشر من الشهر المذكور عادت الى استشارتنا فظم لها اذ ذاك الشطر الثاني من المعالجة بصورة انها كانت تركب القطار كل يوم من (ك) الى (ب) وتعود منها توالى الى (ك) بعد حقن وريدها تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة وهكذا كانت المريضة طيلة الدور الثاني من المعالجة معرضة لعمل مولدة الضد ، وبلغ عدد الحقن في الاسبوع الاول الست كانت مقادير الذهب فيها كما يلي : (٠٠١ ، ٠٠٢ ، ٠٠٤ ، ٠٠٦ ، ٠٠٧ ، ٠٠٨) واصيبت في الايام العشرة الاولى بثلاث نوب اخف مما سلف غير انها نوب دبو واضحة ، ثم تلاشى منذ ذاك اثر النوب مطلقاً بالرغم من قطع المعالجة بعد الحقن الست ولم تعد تظهر (استمرت مراقبتها حتى شهر نيسان ١٩٣٨) .

الشاهدة الثانية : السيد (م - ب) عمره ٤٤ سنة اصيب في الثلاثين من عمره اذ كان يقطن في منزل والديه في بلدة (ب) بنوب دبو ليلية ، يتخلص منها تماماً اذا ما عاد الى (ن) حيث كان مدرساً في معهد للزراعة ، واشير عليه منذ سنتين في (ن) بالمعالجة تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة اذ تغيب عنه النوب التي كانت تعثره كلما عاد الى (ب) ، فكررت معالجته في اثناء اقامته الطويلة في (ب) فاقطع دابر النوب منذ ذاك الحين حتى في اثناء اقامته المتكررة في (ب) .

ويتضح أن وجود مولدات التجاوب ابلان المعالجة تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة بسرر المشاهدين التاليتين لنوب ربو مصدرها تحسس البدن نحو مولدات ضد متعددة .

المناهدة الثالثة : السيدة (ج - هـ) معلقة في السابعة والاربعين من عمرها شرعت تفتابها في السنين السبع الاخيرة نوب الربو كلما اضطجعت على وسادة محشوة ريشاً او اقتربت من الغبار الصاعد من كنس غرفها وقد تخلصت من هذه النوب لانها اعتادت تجنب تلك العوامل المسببة .

واحدت التجربة السريرية بصورة مماثلة للتجارب السالفة ، فاجري للمريضة اعتباراً من (٢٧) ايلول حتى (١٣) تشرين الاول ١٩٣٤ اذ كانت في معزل عن العوامل المؤذية ، خمس حقن وريدية من كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة بالمقادير المعلومة . وفي مساء ١٥ تشرين الاول وضعت المريضة في سريرها وسادة الريش وثابت منذ ذاك على الاضطجاع عليها فاصيبت في ليلة (١٥ - ١٦) بنوب شديدة فحقن لها في اليوم (١٦) مقدار (٠.٠١) من الذهب من المركب المعلوم فكان ان اصابتها في الليلة التالية نوبة اشد مما سبقها واستراحت من الحقن في اليوم التالي فاصيبت في تلك الليلة بنوبة محققة وحقنت في اليوم (١٨) بمقدار (٠.٠٢) فكان نصيبها في الليلة نفسها ايضاً نوبة خفيفة جداً وبعدها اختفت النوب تماماً وثور على حقنها ثلاث مرات اخرى بالمقادير التالية ٠.٠٠٣ ، ٠.٠٠٥ ، ٠.٠٠٤ .

وفي اليوم الثالث من شهر تشرين الثاني ١٩٣٤ آتمنا التجربة فجعلت

المریضة بتماس العامل الثاني الذي كانت تحس . نحوه اي غبار كنس منزلها ، فاعتادت السيدة منذ ذاك الحین ان تكس غرفتها بنفسها وتفرغ كیس مستشفة الغبار بنفسها ايضاً ، فظهرت تلو التجربة الاولى في الثالث من الشهر نوبة شديدة جداً فحقنت في الرابع بمقدار (٠.٠٠٤) من الذهب ، واعتباراً من ذاك التاريخ وعلى الرغم من تعرض المریضة يومياً لسكل من العاملين المذكورين تخلصت تماماً من نوب الربو ، غير انها حقنت في الشهر نفسه ايضاً ثلاث حقن من تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة كان الذهب فيها تبعاً للمقادير التالية (٠.٠٠٥ ، ٠.٠٠٦ ، ٠.٠٠٧) ثم قطعت المعالجة بعدها ، واستمرت مراقبتها حتى شهر ايلول من السنة ١٩٣٦ اذ تبين انها كانت في حرز من نوب الربو طيلة هذه المدة

المشاهدة الرابعة : السيدة (ك . ب .) وعمرها (٥٢) سنة تقطن قرية مجاورة لـ (ب) كانت تعاص بنوب الربو منذ امد طويل وذلك في كل عام عند قدوم فصل الربيع بفواصل متتالية توافق وجود اغبرة الطلع في الهواء ، ولما استشارتنا في الحريف عالجناها في اشهر شتاء (١٩٣٤ - ١٩٣٥) بسلسلة مؤلفة من ثماني حقن تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة ، غير ان النوب لم تلبث ان ظهرت في ربيع (١٩٣٥) اذ تفتحت الازهار الاولى باشد مما في السنين السابقة و اخفت بعد الحقنة الثالثة ، ولكن عادت فظهرت حين ازدهار الاشجار المثمرة وانقطعت بعد حقنتين بينما كانت تقري في السنين السابقة طيلة فصل هذا الازدهار ، وعادت النوب مجدداً بعد اسابيع اربعة حينما بدأت سنابل القمح بالظهور ، فاجري للمریضة حقنتان اخريتان فلم

يبدو لها أثر منذ ذلك التاريخ طيلة الفصل المذكور ، وبعد ثلاث حقن من نحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة اختفت النوب تماماً بدون معالجة أخرى على الرغم من تعرض المريضة الدائم للعوامل المؤذية لها واستمرت هذه الحال حتى ربيع ١٩٣٨ .

يستتبع من هذه المشاهدات التي لم يتسن لنا الاكتاف منها انه يشترط لنجاح المعالجة تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة وجود مولدة التجارب في الوسط طيلة مدة المعالجة ، وتحققنا في من عالجناه بهذه الطريقة من المرضى قاعدة وهي ان على المريض ألا يعتمد عن الوسط الذي يحيل اليه انه مؤذ له والآن نطرح السؤال التالي : ما هو شأن الذهب والكبريت في معالجة الربو تحت الكبريتيت متى وجد تحسس باطن او ظاهر ؟ يتضح شأن الثاردة الذهبية في حالات التأق في المشاهدات السريرية من الربو القصبي التي يكون فرط التحسس فيها موضعاً أكثر من التجارب في الحيوان حيث نكون اذ ذلك تجاه فرط تحسس عام . وقد لاحظنا منذ شرعنا في المداواة التجريبية شدة تأثير تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة بالنسبة الى تحت كبريتيت الصودا البسيطة او تحت كبريتيت الصودا والفضة المضاعفة التي لا يكاد يذكر فعلها كما نرى ذلك في بحث سابق ، ويلاحظ هذا التفاوت ايضاً حتى في المريض الواحد اذا ما عولج على التوالي بمختلف مركبات تحت الكبريتيت .

ولقد اوجدنا لتحقيق رجحان تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة في معالجة الربو سلسلة جديدة من المشاهدات مؤلفة من اربعة مرضى في

الاشهر كانون الثاني وشباط وآذار من السنة ١٩٣٥ .

عولج هؤلاء المرضى في الاسابيع الاربعة الاولى بمحقتهم مرة في كل يومين بمقدار (١ - ٥) سم من محلول من كبريتيت الصودا نسبته (١:٢) وهذا ما يبادل كمية تحت الكبريتيت الموجودة في المحلول الذي استعملناه من تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة فلم يكن لها اي تأثير في المرضى الاربعة ، ثم اعطوا في الاسابيع الاربعة التالية وبالصورة نفسها مقادير كبيرة من تحت كبريتيت الصودا في ثنائي حقن (في كل منها ١٠ سم ٣) فلم يبد ذلك مطلقاً في ثلاثة منهم ، وفي الرابع اختفت نوب الربو بعد الحقنة الثالثة واستمر ذلك حتى الآن . وتلاشت نوب الربو في الثلاثة الآخرين بعد الحقنة الثانية والرابعة والسادسة من تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة تلو السلسلة الاولى وبحسب الطريقة المتقدمة .

كيف نمل رجحان المحضرات الحاوية على الذهب ؟ ان اختلاف تأثير مركبات تحت الكبريتيت في تضاد الصدمة بحسب طبيعة الشارد (Kation) امر معلوم ، فقد برهن (١ . لومير) انه في (المغنيز Mg) اشد بخمس مرات مما في (الصوديوم Na) ، غير اننا نولي في معالجة الربو شأنًا كبيراً للمايل آخر وهو تأثير مختلف الشوارد في استقلاب مركبات تحت الكبريتيت وتوزعها في البدن وتثبيتها وتراكمها في الاعضاء المختلفة ، فالذهب كما نعلم يثبت بحسب رأي (ارلوانغ ودفور) في الرئتين ومن هذا يتضح رجحانه في معالجة الربو غير اننا لا نريد ان ننسب الى هذا فقط ذلك التأثير الشديد ، اذ هي مسائل معقدة يتعذر تحليلها بآلية واحدة .

ويستحيل في الوقت الحاضر ايضاح اثر تحت الكبريتيت في حالات التأق واختصاصا الربو القصبي اكثر مما تقدم ، وما نستطيع ان نراه ونلمسه في التأق هو الصدمة ونوبة الربو ولا ننس أن هذه الحالات ليست الا نهاية لسلسلة من اعمال متباينة تتابع وتنمو في الاخلاط والنسج ، ويمكننا ان نتيين من مجموع هذه التغيرات ازدياد اللزوجة وتكون الندف (الترسبات) كما اوضحه (لومير) وتقرض ان هذه الاعمال المجهولة - التي يدل عليها فقط تبدل اللزوجة والتوازن الغروي - تؤدي الى تبدلات متشابهة في خلايا الجملة الشبكية المضرة مع انطلاق مواد تشبه الهيستامين تقريباً وان تنبه الجهاز العصبي وعوارض الصدمة ليست الا نتيجة تلك التبدلات السابقة الوثيقة الصلة بالصورة وخلايا الجملة الشبكية المضرة .

ونحن نحجل ايضاً في اي دور من الادوار يكون تأثير مركبات تحت الكبريتيت ، وجل ما نعلمه ان استعمالها واجب قبل الدور الذي تنتهي اليه جميع هذه التبدلات الصميمة لتحداث الصدمة ، فيمكن ان يفرض ان الشاردة الذهنية تزيد وتقوي فعل مركبات تحت الكبريتيت من هذه الجهة تبين لنا ان هذه المعالجة سجلت لنفسها نجاحاً في (٢٠ - ٣٠ ٪) من الحالات حتى في اشخاص تحسست اجسادهم نحو مولدة ضد خارجية ، ولم نوفق لكشف اسباب الحية غير ان امثلا في الاعمال المقبلة القائمة على دراسة طرق ازالة التحسس بحسب طريقة بسرديكا والتي نرى انها مفتاح هذه المعضلة سنقودنا الى النجاح بمعالجة الربو بمركبات تحت الكبريتيت حتى في الحالات التي كتبت لها الحية حتى الآن . واعتقادنا في ذلك ان الامر في

هذه المعالجة لا يتعلق فقط بإزالة التحسس بالكبريتيت بل الحقيقة إزالة تحسس ذاتي بمولدات التجاوب الطبيعية بفعل مركبات تحت الكبريتيت المضاد للصدمة الخلاصة :

١ - ينجم تأثير مركبات تحت الكبريتيت المضاد للصدمة في الربو القصبي بفعل الكبريت المضاد للتأق .

٢ - يمدد فعل الشوارد المختلفة ثانوياً غير انه قد يرجع اثره في تقوية تأثير مركبات تحت الكبريتيت المضاد للصدمة او اضافته ثم بتعديل استقلاب هذه المواد .

٣ - يجب ان ينتبه في تحت كبريتيت الصودا والذهب المضاعفة لولع الذهب بالنسيج الرئوي .

٤ - يتحتم للاستفادة من المعالجة وجود مولدة التجاوب اذ تلعب هذه دوراً رئيساً بتدخلها في زمن تكون مركبات تحت الكبريتيت قد ادت فيه عملها بإزالة التحسس ازالة مؤقتة ، فيكون دورها بحسب طريقة بسرديكا بولوجها الجسد بمقادير متقاربة .

٥ - وان ازالة التحسس تتجدد بلا انقطاع اذا كان المريض في وسط غني بمولدة التجاوب وتكون مديدة فيعود اختفاء التحسس مطلقاً وتنتج التأثيرات الدوائية المستمرة عن هذه الشروط وهو ما يدعم الرأي القائل بزوال التحسس الذاتي بفعل مركبات تحت الكبريتيت .

٦ - توافق النتائج السريرية المشاهدة مشاهدات بقية المؤلفين .

(فنياني ، سكالاك ، رانشبرغ)

الشباب و الاشباب

٧٠

للعلم شوكت موفق النطفي

آراء طريفة في وسائل التعمير وتجهيز الشباب

١ — اراد طيب عالم اديب في هذا الموضوع : وصف الزميل الحير الدكتور كامل سليمان الحوري بدء ظهور علامات الشيخوخة فيه في الخامسة والاربعين من عمره واستعادته شبابه في الستين في مقال نشره في المجلة الطبية العلمية جعل عنوانه (كيف كدت اشيخ في الخامسة والاربعين من عمري واهرم في الخامسة والخمسين ثم استعيد الشباب في الستين) فقال :

لا اضرر على الانسان من اهمال الرياضة ، سيما اذا رافق التأنيق في الاطعمة والافراط في تناولها ذلك الاهمال .

وهذا ما حصل لي بالحرف الواحد ، حين دأبت مدة طويلة في الجلوس في مكثي واقتلال الرياضة ، وركوب الحافلة كلما شئت الانتقال من محل الى آخر ، ولو كان لا يبعد الا ربع ميل سيرا على الاقدام ...

فزدت وزناً وصرت اشعر بالآلام مفصلة وعضلية في جسمي بين الحين والآخر واعتراضي قبض في الباطنة اتعبني كثيراً . وصرت اذا حاولت السير على الاقدام اشعر بالتعب سيما اذا كان الطريق ذاهباً بصعود ، او اتني اضطررت الى الاسراع في المشي ، ولما كنت مبتلي بمادة تدخين التارجيلة

اصبحت عرضة للرشح المتكرر لأقل تعرض للبرد ، حتى ادى بي ذلك الى التهاب قصبات مزمن يصحبه شيء من انتفاخ الرئة وعسر التنفس وكنت ازداد وزناً حتى صرت اذن مائتي وثلاثين رطلاً مصرياً (ليبرا اوبوند) .

واتفق لي ان اصبحت في تلك الغضون بوزلة وافدة ما عمت ان اختلطت باحتقان في الرئتين لان مواد النفت اصبحت لزجة صدادى ، وصرت اشعر بتشوش نبضات القلب ، ثم تسلط علي بعد مدة عصاب وريكي (عرق النساء) وكان يتناوب بين حين وآخر ويضطرني الى المكث في الفراش بضعة ايام . لبثت على هذه الحالة بضع سنوات . ثم اتفق لي في فصل شتاء قارص . البرد ان اعتراني التهاب قصبات شديد اضطرني الى ملازمة فراشي زهاء اربعة اسابيع ، وبعد ما نقيت من تلك الوعكة لبثت ردحاً من الزمان منهكاً مع شيء من الحور وحينما حلت بولي تحققت ان فيه قليلاً من السكر والآح وبدأ في كواحل قدمي بين حين وآخر تودم اضطرني الى اتباع الحمية اللازمة سنة الى ان زال السكر والآح من بولي ، وتوفقت في تلك الغضون الى ازال وزني نحو ثلاثين ليبرا بالاكثر من الرياضة . فما عمت ازسمرت ببعض الراحة ، وان تجدد نشاطي في المشي والتوقل في الادراج والسلام العالية ، بيد ان حالة صدري لم تتغير : اى معاودة الرشح ، وغزارة النفت في اغلب الاوقات ولا سيما في الصباح ، فلم ادر ندحة عن ترك التدخين بالنارجيلة ، ولم تنقض بضعة شهور حتى نلت راحة في جسمي ، وتجددت في نشاطي حين مباشرة الرياضة ، وتحسنت حالة شهيتي للطعام . وفي تلك الاثناء

عمدت الى المعالجة المائية صباحاً على جسمى بالمنضخة (دوش) مع الاكثار من تبرع الماء على فراغ المعدة ، فزاد ذلك في تحسين حالتي ، وساعدني على التخلص من ربة القبض المزعج ، الذي لا اصادفه الا فيما ندر .
واتي الآن وقد اتمت الخامسة والستين اشهر بنشاط وهناء ما كنت احلم بهما وانا في الخامسة والاربعين .
واؤكد لقاريء العزيز اني لو ظللت دائماً في تدخين النارجيلة لما كنت الان في قيد الحياة ، او لكنت عالة على ذوي !

....

وبناء على ما تقدم بسطه بالايجاز احببت سرد ما حصل لي مؤملاً ان من يقرأ قصتي يستفيد منها ، واملي بزملائي الاطباء الكرام ان يميروها بمض الاهتمام واني استبجحهم عذراً ببسط ما اعتقدت فيه الفائدة ، ولعل في الاعادة افادة :

اولاً : اقلالي من تناول (مائيات القمح) لظهور اعراض الداء السكري الحثيف في . وقد افضت هذه الحمية الى ازال وزني الى درجة مرضية .
وقد اضطررت بعد ان امتنعت عن مائيات القمح اي السكر والنشويات الى الاكثار من المواد النباتية والالبان لتعويض عنها ، فخفف استهلاكها اعراض القبض المزعجة ايضاً :

ثانياً : اكثاري من التريض لاتي فرضت على نفسي ان اقطع في اليوم مشياً على قدمي لا اقل من ميلين على عدة دفعات كلما كان الطقس مساعداً . فاكسبتني هذه الرياضة نشاطاً ، وساعدت اسماعي على افراغ محتوياتها

افراغاً يكاد يكون منتظماً .

ثالثاً : التجأني الى الابتعاد بالماء البارد صيفاً ، و احياناً شتاء ، وكات احوال مجرى المنضخة على بطني وناحية كبدي وكثيراً ما كنت الاحظ حركات امعائي وانقباضاتها تحت فعل الماء . اضف الى ذلك ما كان يحصل من سرعة التنفس عند صدمة الماء في التواني الاولى . على انني لا استحيي من الاقرار انني كنت اؤثر في الايام الباردة الماء الفاتر على البارد اجتناباً للصدمة . وبعد تنشيف جسمي كنت امارس الحركات الرياضية بضع دقائق ايضاً للارتكاس (رد الفعل) اللازم .

رابعاً : اكثراري من تجرع الماء على فراغ المعدة . والى القارىء بسط الحطة التي كنت اسير عليها : كنت اكرع لا اقل من اربع كوبات ماء صباحاً على دفعات متعددة : كوبه بعد يقظتي من النوم في الحال ، وكوبه بعد نصف ساعة ، وكوبه او اكثر بعد نصف ساعة اخرى ، ثم بعد مضي نحو ربع ساعة على الاقل كنت اتناول شيئاً من اللبن والاثمار الخ . . . ولا اسمح لنفسي بجرع الماء الا بعد مضي ثلاث ساعات على الاقل . ثم اعود الى شرب الماء قبل تناول طعام الظهر : كوبه الساعة الحادية عشرة والنصف ، وكوبه الساعة الثانية عشرة الخ . . . وبعد جرع الكوبه الاخيرة بنصف ساعة او اكثر بقليل ، كنت اتناول طعامي بتأن ماضغاً كل لقمة جيداً حتى تمتزج تمام الامتزاج باللعاب . وتكاد تذوب في فمي قبل ابتلاعها .

وكانت هذه خطتي في طعام المشاء مما لا يحتاج الى التكرار . وكنت اتمتع عن شرب الماء بعد مناولة طعامي على الاقل ثلاث ساعات ، و احياناً

اكثر من ذلك الا اذا شمعت بعطش زائد ، فكنت اخذ قليلاً جداً منه لبل لساني فقط ، على اني كنت احياناً بعد تناول طعامي استعيز شرب كوب ماء متى كان الطعام كثير الملوحة كالسمك ، ولا يكون اذ ذلك عمل الهضم على اشدّه ، ولما كنت استيقظ ليلاً كنت اجرع شيئاً من الماء شرط ان يكون قد مضى على الطعام ثلاث او اربع ساعات - وان لم اكن شاعراً بحاجة اليه .

فكنت ارى حين استيقظ في الصباح وافراغ مثائتي ان بولي خال من ذلك المنظر الادكن الذي كنت الاحظه قبل ان سرت على هذه الحطة الحميدة ، اي شرب الماء بغزارة . . .

خامساً : اقلاعي عن تدخين التارجيلة التي كانت تستدعي جهوداً قوية لسحب الدخان الى الصدر ، ولا تكبر ان هذه الجهود تورث خلايا الرئتين شيئاً من التمدد والانتفاخ ، مع شيء من الاحتقانات ، وربما من التهابات لاقل تعرض لتغير الطقس

وكل يسلم بتلك الجهود في تدخين التارجيلة - سيما اذا كانت غير متقنة وذلك يخالف تدخين الدخنة (السيفار) او الدخنة (السيفارة) او القليون ، اذ لا يحتاج المدخن الا الى المص البسيط فقط ، وهكذا ينحصر ضرر التبغ في الحلق والقم ، اما ضرر التارجيلة فيؤثر في مرونة الرئتين ويعوقها عن الانقباض ودفع الهواء منها في الزفير .

و كنت احفظ اياتاً نزلها احدهم في ذم التارجيلة لم يبق في ذاكرتي .
 ينزل الآن الا هذان البيتان :

تبا لشيشة تنباك ولعت بها من صنع «طهراز» كانت للاذى شركا
تنتج البلغم المكون قهتها وتترك الصاغ من صدر القتي شركا
فيظهر ان احد الاعجام السمي «طهراز» هو الذي اخبر هذه الآلة
المضرة ، التي من سيئاتها انها تنقل ايضاً العدوى من فم شخص الى آخر .
وقد قال احد المستعبدن للنارجيلة مداعباً :

وما شربنا التباك عيب وانما اردنا به معنى ققوا وتأملو
ادركاه فيما بيننا فملطنا الى ثمر من نهوى به توصل

....

هذه هي اهم القواعد التي اتبعتها في اصلاح صحي واسترجاع شبابي .
ولا اكنم القراء الكرام التي سرت على هذه الحطة في ارشاد مرضاي
ومعالجهم . وانه ليسرني ان عدداً عديداً منهم نالوا فوائد جمة من اتباعها
سيما اولئك الذين كانوا عرضة لسوء الهضم والقبض المزعج المستعصي .
وكما سبقت فقلت اني اشعر الان بنشاط وراحة في عيشتي ما كنت
لاشعر بها وانا في الخامسة والاربعين من عمري .

....

نقل لي غير واحد من مرضاي انهم اطلعوا بعض الاطباء على خططي في
الاكثار من شرب الماء على فراغ المعدة فاستصوبوها ، بيد ان بعضهم لم
يستحسنها بحجة ان كثرة السوائل تعجد القلب ، ولعلها تمدد المعدة ، وهم
يفضلون اخذ معلقة قهوة من كبريتات المغنيزيا او كبريتات الصودا حين
الحاجة ، فتنهم - على قولهم - عن الاكثار من شرب الماء في اجتناب القبض

اقول : اتني لا اجاريهم في نظريتهم هذه ، لان المعدة تسرع بامتصاص الماء متى كانت فارغة ، ولا تعتمد ابدأ من جراه ذلك ، سيما اذا جرع الماء جرعات متعددة على فترات معلومة . لكن الاكثار منه يمدد المعدة اذ كانت ممثلة طعاماً (كما رأيت البعض يفعل) ، فلقد لاحظت بعض الاشخاص يجرعون عدة كوبات ماء بعد الاكل بقليل من الزمن ، واتني اشجب عادة الاكثار من تناول الملاح المسهلة ، لان الماء اذا احسن استعماله ينفي عنها وذلك بايماضه انقباض عضلات المي ، فضلاً عن غسله السائل الدموي مما يخالطه من المواد المضرة .

فلي ملء الامل ان يستفيد القراء من نتيجة اختباراتي هذه . وارجو من الزملاء الكرام ان يبدوا لي رأيهم وينبهوني الى خطأي اذا كنت على شطط في اقوالي . عملاً بالقول المأثور .

والنار في احجارها مخبوءة لا تلتظى ان لم تثرها الازند
على اني لا بد لي من الجهر ان النتيجة المطلوبة لا تحصل الا بعد برهة
من استعمال هذه الطريقة ، وبالصبر تزول الصعوبات ! ...
نشاطر كاتب المقال في اكثر ما اورده اما بعض ما جاء فيه فله صلة
بحالته الصحية الخاصة فلنسا من رأيه في اقلال مياه القهم لان ذلك يتعارض
مع تناول الثمار والقواكه وجلها سكري كما هو معلوم وفيها من النفع العظيم
للجسم ما لا يشك فيه احد كما اتنا لا نواقفه في طريقته بالاكثار من
تجرع الماء وفي اعتقادنا ان ١٥٠٠ غرام من اسوائل تكفي الانسان ما يعوزه
من الماء .

٢ — اراء رجل امي لاصلة له بجم في هذا الموضوع : في بلدة نوى مركز
قلوب يعيش رجل طاعن في السن يسمى الشيخ العاصي . وليس في البلدة
او ما حولها من بلاد وقرى من لا يعرفه ، فكثيراً ما نعى الكبراء والاعيان ،
وكثيراً ما بشر بحفلات الزفاف وسامر الناس في الليل عن الحديوين اسماعيل
وتوفيق ، وعباس . . وقص عليهم الالعاب من « هوجة » عرابي !

ويقول الشيخ العاصي : ان سنه تزيد على ١١٥ عاماً قضاها كلها في
الصلاح والتقوى ومباشرة العمل . وقد تزوج سبع نساء ، وأنجب ٢٥ ولداً
لا يعيش منهم الى الآن سوى ثلاثة ذكور ، اصغرهم في سن الخامسة
والاربعين . وبنتين كبيراهما في سن الثمانين . اما احفاده فكثيرون يخطبهم
العدد ، وهو نفسه لا يعرف اكثرهم الا « بالشبه » او « التخمين » او كثيراً
ما تحتاط عليه اسمائهم فيدعو احدهم باسم آخر سواء .

على انه يختص صغرى حفيداته — وهي لم تجز العام الثاني من عمرها —
باكثر عطفه وحنانه ويمنعها كل اوقات فراغه ليلعبها فيها ويدللها بشتي
انواع الملاعبة والتدليل

وكان الشيخ العاصي يعتبر شبه ساع رسمي للبريد في بلدته وما جاورها
من قرى ، ويقول كما يقول كثيرون ممن يعرفونه : انه قضى في توزيع البريد
٩٠ عاماً كان يذهب في اثنائها الى المركز كل يوم ليتسلم الخطابات والطرود
لعدة قرى ، ثم يسعى بها على قدميه ، ليسلها لاصحابها يدأيد ، ولم يكن
يهدأ له بال او يشعر بحاجة الى الراحة من عناء « المشاوير » الطويلة التي
يقطعها الا بعد ان ينتهي من اداء مهمته على الوجه الاكمل بنفاذ ما في جعبته

الكبيرة من المراسلات واطمئنانه الى وصولها لا يدي أصحابها بالذات ا

الصلاة والصوم والتمشي والشيء سر التعبد

وسئل عن السر الذي جملة يعيش هذا العمر الطويل ، فاجاب قائلاً :
 - يمكن انا عايش عشان بصلي وبصوم ومتقي الله . ويمكن عايش
 عشان كنت بامشي كثير ، والمشي في سبيل الخير عبادة

الاسلام وسعة العمر

دعانا الى كتابة هذا الباب وفرة عدد المعمرين بين المسلمين العاملين
 بأوامر الدين الاسلامي والمتعينين عن نواحيه ، على انه ولا بد لنا قبل مباشرة
 هذا البحث من بيان ما اذا كان في الاعتقاد بجواز تأخير الأجل ما يتعارض
 مع ما جاء في القرآن الكريم وما تقتضيه الديانة الخفيفة ثبت في هذا البحث
 جواز تأخير الأجل مقتبس من ذلك من مصباح مشكاة الآيات القرآنية ومن
 ازهار رياض الاحاديث النبوية راغبين في بيان ان العمر يقبل الزيادة والتقصان
 استناداً الى الكتاب والسنة (١) آخذين بحكم قوله تعالى «وهذا كتاب مبارك
 فاتبعوه وما آتاكم الرسول فخذوه» ناظرين الى التعارض وذلك مثل قوله
 تعالى في حكاية قول نوح عليه السلام لقومه ان اعبدوا الله وتقوه واطيعون
 يفقر لكم من ذنوبكم ويؤخركم الى اجل مسمى ان اجل الله اذا جاء لا يؤخر»

(١) تقتطف أكثر ما جاء في هذا البحث وفي كتاب مفتاح السعادة في سعة العمر
 والرزق والزيادة مؤلفه العالم الجليل الشيخ محمد ضياء الدين بن الشيخ يحيى القادي
 الحائمي الموصل

فقوله تعالى « ويؤخركم الى أجل مسمى » يدل على ان الأجل يقبل التأخير وقوله تعالى « ان اجل الله اذا جاء لا يؤخر » يدل على انه لا يقبله والغاية من القولين دفع التعارض والجمع بينهما بان يقال الأجل الذي يقبل التأخير الأجل الذي قدره الله تعالى على تقدير المصيبة لانه قد يؤخر بالطاعة والطاعة داعية الى تأخير الأجل المقدر على المصيبة او يقال الأجل يقبل التأخير بشرط الطاعة ، الأجل لا يقبل التأخير بشرط المصيبة كما ان الاسترشاد بالحديث - عملاً بقوله تعالى (وانزلنا اليك الذكر لتبين للناس ما نزل اليهم) وبقول الصحابة يدل على ان المقصود من القول الاول في الآية جواز تأخير الأجل وذلك لان الصحابي اعرف بموقع الكلام واكثر تصفحاً لأحوال سيد الانام عليه الصلاة والسلام . وقد جاء في الحديث الصدقة والصلة يعمران الديار ويزيدان في العمر (وجاء فيه ايضاً) (الصدقة على وجهها وبر الوالدين واصطناع المعروف يحول الشقاوة سعادة ويزيد في العمر وبقى مصارع السوء) وقال عمر رضي الله تعالى عنه وابن عباس وابن مسعود رضوان الله عليهم في قوله تعالى (يحجو الله ما يشاء ويثبت) يحجو ما يشاء من الأجل والرزق . . الخ

فان قيل هذا معارض بقوله تعالى (فاذا جاء اجلهم لا يستأخرون ساعة ولا يستقدمون) بدعوى ان هذه الآية تدل على امتناع قبول الأجل التقديم والتأخير والأولى على العكس اجيب عن ذلك بان المقصود من الاجل في الآية الثانية اجل استئصالهم في الاهلاك والمعنى ان الله تعالى لا يعذب امة الا ان يبلغوا ذلك الوقت الذي يصيرون فيه مستحقين لعذاب الاستئصال فاذا جاء ذلك الاجل نزل ذلك العذاب وهذا هو مذهب ابن عباس والحسن

ولا نسلم ان المراد منه غاية عمر كل احد كيف وقد صدرها تعالى بقوله (ولكل امة اجل) فذكر لفظ امة ولم يذكر لفظ احد والمقصود منه الوقت الذي تصير فيه الامة جدية بالعذاب ولا ينافي ذلك تأخير الاجل بل يدل على ان محيئه عند اجتماع الشرائط والموجبات يكون مسمى ويفصح عن ذلك لفظه اذا الموضوعة لزمان ومن الآيات قوله تعالى «وما يعمر من معمر ولا ينقص من عمره الا في كتاب ان ذلك على الله يسير» ومعنى ذلك على ما فسرناه ان المعمر الذي بلغ عمراً ما فبعد بلوغه ذلك العمر مثلاً يجوز ان يعمر مرة ثانية بسبب اقتضاه كالطاعة ومعنى مقابله وهو قوله تعالى «وما ينقص من عمره» اي من عمر ذلك المعمر بالمعمر الثاني الذي يبلغه بالطاعة ونقصانه باعتبار انه اذا لم يعمل تلك الطاعة لا يبلغ ذلك المقدار من العمر بل انقص منه فهذا المقدار من العمر الثاني هو عمر للمعمر بالمعمر الاول فان بلغه يكون قد زيد في عمره بالنسبة الى الاول والا يكون قد نقص من عمره بالنسبة الى الثاني فالزيادة انما هي باعتبار اسباب مختلفة منها الطاعة والمعصية وهذا هو مذهب ابن عباس رضي الله عنه

اما الاحاديث الواردة في امكان زيادة العمر فكثيرة منها ما مر ذكره واتفق على روايته كثير من المحدثين وهو قوله عليه السلام (الصدقة والصلة يعمران الديار ويزيدان في العمر) ومنها ما رواه البخاري عن ابي هريرة رضي الله عنه ان النبي صلى الله عليه وسلم قال (من سره ان يبسط له في رزقه وان ينسأ له في اجله فليصل رحمه صلة الرحم مبرة الامل والا قارب والا حسان اليهم). فقوله اي ينسأ له في اجله ان يؤخر له فيه ومنها ما رواه الترمذي

عن أبي هريرة رضي الله تعالى عنه أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال
(تعلموا من أنسابكم ما تصلون به أرحامكم فإن صلة الرحم حبة في الأهل
ومثناة في المال ومنسأة في الأجل) ومنها ما أخرجه البيهقي عن أنس رضي
الله عنه قال عليه السلام (من أحب أن يعد الله في عمره ويزيد في رزقه
فليبر والديه وليصل رحمه) ومنها ما رواه البيهقي أيضاً (صدقة السر تطفىء
غضب الرب وصلة الرحم تزيد في العمر وفعل المعروف يقي مصارع السوء)
وفي رواية ابن صصري (صدقة السر تطفىء غضب الله وصنائع المعروف
تقي مصارع السوء وصلة الرحم تزيد في العمر .)



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في كانون الثاني سنة ١٩٣٨ م . الموافق لثني القعدة سنة ١٣٥٧ هـ .

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلاثاء في ١٣ كانون الاول سنة ١٩٣٨

لم تتل في هذه الجلسة تقارير طبية لانها جلسة عامة مخصصة لانتخاب
عمدة الجمعية فبعد ان قرىء محضر الجلسة السابقة وصودق عليه نهض خازن
الجمعية العليم شوكة القنواي وقرأ تقريره المالي التالي :

تقرير خازن الجمعية العليم شوكة القنواي

لقد استلمت من سلفي العليم نظمي القباني خازن الجمعية السابق بتاريخ
١٤ حزيران سنة ٩٣٨ ما في صندوق الجمعية حتى ذلك التاريخ وقدره ٥٠٧ ليرات
سورية و٤٢ قرشاً سورياً ومنذ ذلك التاريخ لم يقبض رسم اشتراك او رسماً
سنوياً ، بل دفعت من هذا المبلغ راتب موزع الجمعية السيد توفيق شاكر
٣٠٠ قرش سوري لقاء توزيع محاضرات الجمعية عن ثلاثة اشهر : حزيران ،

وتشرين الثاني، وكانوا الأول سنة ٩٣٨ واستلمت وصلاً يشعر بقبضه المبلغ المذكور وبذلك أصبح ما في صندوق الجمعية ٥٠٤ ليرات سورية و٤٢ قرشاً سورياً .

وتلاه امين السر العام العليم اسعد الحكيم فالتى تقريره السنوي القيم التالي :

تقرر امين سر الجمعية الطبية الجراحية السنوي العليم اسعد الحكيم

زملائي الاعزاء

تختم الجمعية الطبية الجراحية في هذه الجلسة سنتها الرابعة مبتهجة بما تتمتع به من صحة نضرة وغمو مطرد . وهي تستقبل عامها الخامس بنشاط الفتوة وعزيمة الشباب فخوراً بما تحمله اليه في حقيقتها من نتاج هذه السنة من اعمال علمية ومشاهدات طبية طريفة اذكر منها في الطب الباطن : حادثة التهاب جذور واعصاب عديدة في شخص اسود مصاب بالتهاب صفاق درني ، واربع حوادث نزوف دموية قاتلة للعداوة بالتوارس وبزول حقناً في الوريد ، وحادثة وسواس دافع لبعض الحدود وقرصها تال لالتهاب دماغي ، وحادثة استرخاء كبدي مع تناذر شوفار ، وألم عصب زندي ذي منشأ استثنائي ، وتعداد الكريات البيض والصيغة الكروية في الزحار الكبدي ، والبرداء اللاحرورية ، وفي قسم الجراحة مشاهدة كيس نظير الجلد مستأصل من الجيب الضلعي الحجابي ، ورض بطن مع تمزق تام في الامعاء الرقيقة ونزف باطن بدون تقبّع الجدار ، وتناذر ثنائي الجانب من نموذج دوشن ارب ظهر عقب توصط

على ناسور بطني رحمي ، وخراج المخ في رجل مصاب بالتهاب الجيوب الخداد
وحمرة في الوجه ، وحادثة كسر الفك العلوي . وفي فن المداواة اذكر
حادثة تشنج نصفي وجهي مزمن عولج على طريقة سيكار ، وحادثة شلل عام
اختلاطي تحسن بالمداواة الحرورية الصناعية ، وحادثتي دله رقص سيدنهام
شفيتا بالمداواة الحرورية الكبريتية ومداواة بعض حوادث الانجذاب
بالسكارديازول . اما في الطب العمومي وشعب الاختصاص فهناك خلاصة
اعمال مستشفى الوليد السنوية للجذام ، واحصاء الامراض الزهرية في مستشفى
بن زهر لعام ١٩٣٧ ، وحادثة نقص رؤية هرعي . مما ينم عن حركة علمية
فعالة ويبرر بمستقبل لهذه الجمعية زاهر وتقدم مستمر .

هذا ولما كان عهد العمل الذي شرفني هذه الجمعية بوضعه على عاتقي
قد بلغ متناه فاني ارى من الواجب في هذه الجلسة ان اكرر شكري
لاخواني على ما اولوني من ثقة وشرف عند ما انتخبوني اميناً عاماً لسر هذه
الجمعية معتذراً اليهم كسلفي عن عدم استطاعتي قبول اي انتخاب قد يقع علي
في هذه الجلسة .

وبالحتام لا يسعني قبل ان التي بهذه القوس الى بارئها الا ان اسجل شكر
الجمعية لاعضائها الذين اتحفوها باعمالهم ومشاهداتهم لسلفي الدكتور ترابو
الذي يعمل على نشر اعمالها في الصحف الفرنسية ولزميلي السيد مرشد خاطر
الذي اوسع لانجائها مجالاً في مجلة المعهد الطبي كما اني ارسل تحيتها الحاحية
الى جميع اعضائها الحاضرين والذين اتفكوا عنها لمغادرتهم البلاد السورية
راجياً لها تقدماً ونجاحاً مضطرين .

ونهض على الاثر رئيس الجمعية العليم يوسف عرقتنجي فلفظ خطابه
المدرج ادناه :

خطاب رئيس الجمعية

زملائي الافاضل

ترغب جمعيتنا دائماً في مطلع كل عام في انتخاب نائب رئيس لها وتولية
رئيسها الجديد مقاليد امورها قبل ان أسلم منصب رئاسة هذه الجمعية
لصديقي الاستاذ منيف بك العائدي اراني سعيداً بما شاهدت من النشاط
المستمر في اعضاء هذه الجمعية الحديثة التي لم يعض على تأسيسها الا اربعة
اعوام . وهذه الثمرة المقتطفة التي تعود الى مؤسس هذه الجمعية الأول
الاستاذ ترابو تبرهن وتدل اكثر من الخطب على حسن حال هذه الجمعية
وعلى قيام اعضائها بالاعمال المفيدة . فاسمحوا لي ايها الزملاء الافاضل ان
اهشكم واهني نفسي بهذه النتائج الحسنة وان اثنى عليكم لما أوليتوني من
الثقة في خلال هذا العام وان اتمنى لكم ولاسركم الكريمة وللأعضاء المنتهين
الى هذه الجمعية القاطنين في خارج دمشق كل سعادة وهناء .

وانت ايها الرئيس

انه لمن الصواب ان يقدر الجميع قدر الذين افادوا المجتمع بتربيتهم النشء
الجديد ودروسهم القيمة النافعة ومؤلفاتهم الثمينة . فجمعيتنا تفتخر بتوليكم
رئاستها في عامها المقبل وقبل ان اختتم كلامي اقدم لكم تهاني الحارة واطمئني
لهذه الجمعية الاقبال والنجاح المستمر .

ثم أعلن الاقتراع لانتخاب العمدة الجديدة فحاز السادة العلماء
الوظائف التالية :

الرئيس : منيف المائدي (الذي كان نائب رئيس في السنة الماضية)

نائب الرئيس : مرشد خاطر

أمين السر العام : شابو

أمين السر المعاوان : $\left. \begin{array}{l} \text{عزة مريد} \\ \text{جمال نصار} \end{array} \right\}$

الحازن : شوكة القنواني

أمين السجل : عبد النبي المحلجي

ثم نهض الرئيس الجديد العليم منيف المائدي فألقى كلمته الشائقة التي
يعالها القراء اذناه :

خطاب الرئيس الجديد العليم منيف المائدي

سادتي الزملاء الاكابر

لي الشرف ان اقف بينكم الآن شاكرًا نقتسم الغالية التي منحتموني
والمطف الذي اوليتموني والاخاء الذي ايدتموني به لأردد صدى اتقاسم
الطبية واخلاصكم الاكيد والمهنة السامية الشريفة التي عقدتم العزم على رفع
مستواها الادبي والعلمي لا في العالم العربي فحسب بل في سائر الاقطار
وهي تنو لنا بيمين ملؤها الحذر. فهل استطعنا ان نقوم بهذه المهمة العليا ؟ أوقفنا
الى اداء الرسالة الانسانية الرفيعة ؟ نحن تفخر بعلء نفوسنا ان . نعم . فلقد

سارت هذه الجمعية المختارة بقوة ايمانكم وشدة شكيتم وحسن عزيمتكم الى الامام وها هي تسير قدماً لا تقف ولا تني . ولا ترزع عقيدتها بنفسها ولا بايمانها حتى يقض لها الله النصر فتصل الى هدفها النبيل ان شاء الله . وكما سارت بقوتكم جميعاً فانا لا ننسى القيادة الحكيمة التي كان يصرفها الرؤساء السابقون جميعاً الى خير مراميها فأخصهم جميعاً بخالص اعجابي وارسل اليهم تحية غلصة وأعدهم اني سأسمى ان اقني آثارهم واتبع خطاهم واعضد مبادئهم فيما فيه الخير لهذه الجمعية الثيلة وتأييداً لمساها السامي . لقد سارت هذه الجمعية وهي لا تتوقف الا على العلم والاخلاص غير مفرقة بين اجناس واديان تجمعنا جميعاً خطة واحدة ومبدأ فرد والعلم قائدنا والاخلاص رائدنا لا فرق بين عربي وفرنسي وانكليزي وطائفي .

هذا ولما كانت جميعتنا تعمل بلين وهدوء وأنشط للعلم الصحيح والثقافة الحقة وتدأب على رفع مستوى الطب والاطباء في البلاد فقد خطرت لي سانحة احببت ان ادلي بها في هذا الجمع الموقر .

ان دمشق ياسادتي مركز الحركة الفكرية العربية ومبعث النهضة التطورية الحديثة في كل نواحيها فلم لا تكون مبعثاً لنهضة طيبة جديدة ايضاً ؟ انا اقترح اقامة مؤتمر طبي في دمشق يجتمع فيه الاطباء من كل الجهات ويأتون اليه من كل الاقطار ليتداولوا في ما يمود على هذه المهنة السامية بالتقدم واطراد النجاح العلمي والادبي . فلم سبقنا اخوان لنا في القاهرة وقاموا بهذه الحركة قبلنا ولكن ما يمنع ان نسير كما يسرون وان نخطو كما يخطون ولما كانت دمشق وسطاً في كل البلاد العربية حق لها ان تهب له فخرأ بعلم

نيل كهذا فاني اقترح (ايام طبية) او (مؤتمرات الطب العربي) في ايام
الربيع . ودمشق جنة تستمذب الوفود ووردها وريحانها الى جانب افلاويق
العلم ورحيق العمل المجيد .

تلك فكرة ابعتها فان وافقت منكم قبولاً سعيتم لها واعود فاكرر
شكري لثقتكم وعطفكم والله الموفق للسداد .

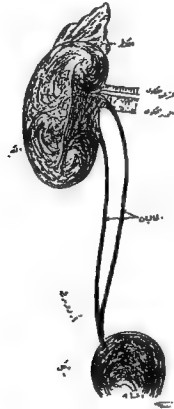
مشاهدتان نادرتان من تشوهات الكلية الولادية

للعلم انور دويدري الطبيب الشرعي بحلب

قدمت للجمعية الطبية الجراحية في حلب في جلستها المنعقدة في شهر ايلول المنصرم مشاهدتين نادرتين من تشوهات الكلية الولادية اثارنا إعجاب الاعضاء المحترمين شاهدتهما في اثناء القيام بعملية فتح الجثة بين بضع مئات من الجثث التي شهدت فتحها في اثناء ممارستي الطبسة لم يذكر احد من الزملاء انه شاهد مثلها او سمع بنظيرتهما كما تظهران في الرسوم التالية . ومن غريب المصادف اني شاهدت هاتين المشاهدين في يومين متوالين هما الثالث والعشرين والرابع والعشرين من شهر تموز المنصرم واغرب من ذلك ايضاً ان للشخصين ولا بويهما اسماً واحداً فكل منهما يدعى محي الدين واسم ابيه محمود ولكنهما من عائلتين مختلفتين . فنظراً الى ندرة هاتين المشاهدين احببت ان اتحف بهما قراء مجلة المعهد الطبي العربي التي تمنى لها والمعهد الذي يصدرها كل تقدم وازدهار .

التشاهدة الاولى : هي :كلية واحدة في الجسم ذات حالين . وهي كائنة في مسكنها الطبيعي في الجهة اليمنى منقطة بمحفظتها الخاصة يملوها الكظر ليس فيها اي تشوه ولا اي اختلال في شكلها وحجمها الطبيعيين . ولكن

في قوامها بمض الصلابة . اوعيتها الدموية طبيعية . وكل الفراية فيها انها وحيدة وذات حاليين ينشأ أحدهما من اعلى السرة والآخر من اسفلها من حولضة واحدة ويسيران جنباً الى جنب من الاعلى الى الاسفل ثم يلتقي



أحدهما بالآخر على بعد ثلاثة سنتيمترات من جدار المثانة الايمن حيث يؤلفان مجرى واحداً اغلظ قطراً من كل منهما منقطعاً الى الانسي حيث ينصب في للمثانة بفوهة واحدة .

اما صاحب هذه الكلية فهو شاب في الثامنة والثلاثين من عمره تظهر عليه سيما الصحة التامة والنمو الكامل . كان مدمناً للخمر في حياته يتعاطاها بإفراط منذ حداثة سنه ، مات على اثر القائه بنفسه من مكان

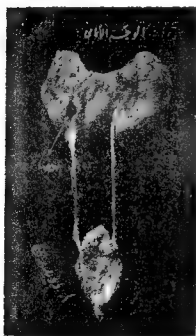
علوه تسعة امتار ونصف المتر فسقط على جميعته التي اتفقت انفاقاً تاماً وانكسرت كسوراً طولانية لانضغاطها بين الارض وثقل الجسم الساقط وكان عظام الفكين العلويين متباعدين وبينهما ثغرة تناثرت منها اجزاء الدماغ . وكان كسر تام في منتصف عظم الفكذ الايسر ناجم عن هذا السقوط بآلية لم تتضح تماماً لعدم اصطدامه بشيء في اثناء السقوط . وليس كسر في الحوض او في العمود الفقاري .

والذي استرعى نظري في اثناء فتح الجثة هو نقص التمعظم في الاضلاع وعدم قساوتها حتى انني تمكنت من قطعها كلها بالمقص المادي دون كبير جهد او عناء .

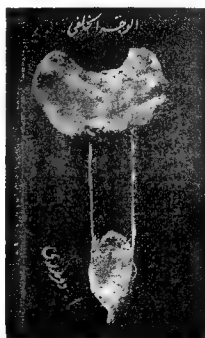
ولم ار في الجثة شيئاً غير طبيعي الا السكبة التي تحدث عنها وغية السكبة اليسرى وكانت الكبد كبيرة شاحبة بعض الشحوب وعلى وجهها الامامي العلوي تمزق متشعب على طول الوجه المذكور تعلوه علقات دم متخثرة بدون زف في جوف البطن الامر الدال على ان الموت كان سريعاً جداً وانه ادرك الجريح قبل حصول التزف وهذا ما يؤيد ان السقوط وقع على الجحمة مباشرة فاحدث الموت السريع . اما التغيرات الكبدية المذكورة فتناجم عن الانسجام المحقق بالكحول . ولعل للانسجام المذكور أثراً في رخاوة العظام وهشاشتها

المشاهدة الثانية: اسم المتوفي: محي الدين بن محمود عمره ٩ سنوات مات مسموماً بطعام مشبوه أكله مع سائر افراد عيلته البالغ عددهم تسعة فظهرت عليهم جميعاً عوارض الانسجام ولم يمت احد منهم غير الغلام المذكور

لدى فتح جثته لم يشاهد فيها ما هو غير طبيعي الا الكتلتين اللتين كانتا ملتصقتين ومؤلفتين جرمًا كلوياً واحداً يكاد يشابه شكله شكل الكتلة الطبيعية ولكنه اكبر حجماً منها وهذا الجرم واقع امام السمود الفقاري ووجهه امامي مقبب ومفصص ووجه خلفي املس مقعر وحافة مقعرة وحافة سفلية مقببة كما يظهر في الشكل ٢ . وعلى الوجه الامامي



الشكل ١ -



الشكل ٢ -

المفصص حويضتان صغيرتان احدهما غني والاخرى يسرى ينشأ منها الحالبان وهناك كتلات شحمية ملتصقة في مناطق مختلفة من الوجه المذكور . وقد شوهدت في الجهة اليمنى بضع بؤر قيحية تبدل حجمها من الحمصة الى البندقة.

والخويضة اليمنى ممثلة قيحاً وفي مدخل الحالب الايمن حصاة بحجم الزيتون الصغيرة ذات شكل تويّ ولون اسمر سدت الحالب كما يرى في الشكل المذكور. فالكلية والحالة هذه مصابة بالتهاب الخويضة والكلية بسبب الحصاة المذكورة وهذا ما حال دون انطراح المادة السامة من جسم القلام وقته .



التطعيم المبيضي

بقلم الدكتور وجيه نجيا

الطبيب الداخلي والمعاون في شعبة الجراحة في معهد دمشق سابقاً

والمعاون في شعبة الجراحة النسائية في معهد باريس حالياً

الجهاز التناسلي في المرأة هو محور حياتها وسر حلاوتها وسبب زيتها ، أرأيت خطيباً يسحر بالقائه الجماهير فيتركها اسيرة يانه ، قل لي اذا قطعت لسانه ماذا يبقى له في الحياة ليتحمل آلام الحياة ؟ أرأيت طاووساً يشمخ برأسه الى السماء معتداً بجبال ريشه ، اذا اقتزعت منه هذا الريش ماذا يبقى له ليعيش ؟ واستئصال جهاز المرأة التناسلي اعظم خطراً فقيه المقرزات الداخلية ، وزوال هذه المقرزات يترك اضطرابات عضوية ذكرناها في مقالنا السابق وينتهي باختلال نفسي شديد الخطر قد يبلغ درجة الجنون فان المرأة تشعر انها لم تعد تلك السيدة الكاملة ونحس ان لم يعد لها هدف في الحياة ، واذا كان زوجها قاسياً جاهلاً يعبها في كل مناسبة انها غير صالحة للحمل وانها غنصية بتره لا تصلح للزواج فهناك الطامة الكبرى ، هناك الفراق والطلاق وخراب تلك العيلة الصغيرة ! فحذار ايها الجراحون النسائيون في سورية : ان اعظم هم الجراحة اليوم هو ان توفر السعادة للمرأة والمجتمع وتنظر الى النتائج البعيدة فستعين بعلم النفس وعلم الاجتماع .

لتعبد للمرأة ابتسامتها المفقودة ولتدعم اسس العيلة التي زلزلتها امانية الزوج ومرض الزوجة .

اجرينا لسيدة شابة عملية استئصال الرحم الناقص (subtotale) واضطردنا الى تزع الملحقات في الجانبين ثم اجرينا لها عملية التطعيم وخرجت المرأة من المستشفى وبعد شهرين ارسلت لها بطاقة رجوتها فيها ان تحضر لأرى نتيجة الطعم فحضرت في الوقت المعين واذا بها سعيدة وقد عاد اليها الطمث وبعد ان فخصتها سألتني اذا كانت ستحمل ، قلت سلي الدكتور موكو ، وكان حاضراً فقال لها *il faut toujours espérer* علينا ان نعتصم بالأمل دائماً ، وذهبت المرأة راضية مسرورة ، فقلت للاستاذ ومن اين الامل فقال لي ... يا بني ! لا تلق بمريضتك في ظلمات اليأس ،

هذه هي الجراحة النسائية : اقتصادية ما امكن الاقتصاد ، والا فالتطعيم يقي المريضة الاضرابات التالية : فالتطعيم اذاً هو آخر سهم يريشه الجراح في صالح مريضته !

الاستطبات العامة : يؤخذ الطعم اما من مبيض صحيح او من مبيض مريض

١ — من المبيض الصحيح : قد يجب القارىء لماذا نستأصل مبيضاً سليماً

ونجري منه التطعيم ، كثيراً ما يحدث في التهاب الملحقات ان يضطر الجراح الى فك التصاقات متدة فتختل توعية المبيضين ، فاذا تركهما في مقرهما فالضمور السريع نصيبهما ولذا يستأصل ويطعم . او قد تكون اصابة الصفاق الحوضي منتشرة فلا نستطيع اجراء التصفيق (péritonisation) فنجده امامنا سطوحاً مبراقمة تصير اذا تركناها مقرأاً للتصاقات عديدة وآلام شديدة

واختلاطات خطيرة ولذا نستأصل هنا أيضاً ونطعم .

من المبيض المريض : ليس من المقبول ان تترك مريضاً مريضاً في البطن ولكن هل من المقبول ان نطعم منه ثم ألا تتابع الآفة سيرها ، فإنا لا نطعم بنسيج المبيض فحسب ، بل نعمل مع هذا النسيج المريض الآفة والجراثيم .

ان الذي نشاهده يوماً في مستشفى بروكا هو ان عراقيل التطعيم ليست بذات خطر . فنحن نجري التطعيم حتى من المبيض المتقيح ونجره حتى من المبيض المسلول ومن المبيض الكبسي ، ومع ذلك فالتأثير مرضية جداً . انا لا اتكلم متخيلاً ولا ادعي ادعاءً واذا كان الطب الحديث تجارب ومشاهدات فإليك أيها القاريء مثلاً من مئات المشاهدات التي اجمعا .

السيدة آ . . . مصابة بقيلة دموية متقيحة وبالتهاب المبيضين المتقيح ، اجرينا لها عملية استئصال الملحقات التام واستئصال الرحم الناقص واخذنا قطعة من المبيض ففصلناها بالأثير وعملنا منها طمحين غرسناها في الشفرين الكبيرين وتقيح الطمحين تقيحاً سطحياً فمالجناهما ككل التقيحات وشفيت المريضة وقام الطمخان بوظيفتهما رغم ما عرض لهما .

واليك مشاهدة اخرى اطلمت عليها في شعبة الاستاذ مور في مستشفى سان لويس :

السيدة ك . . . مصابة بالتهاب الملحقات التائي السلي ، اجري لها استئصال الرحم الناقص واستؤصل مبيضها المسلولان واخذت منهما قطعتان غرسنا في الشفرين الكبيرين ، فشفيت المرأة وقام الطمخان بوظيفتهما خير

قيام ، وبعد عامين توقف الطمان عن العمل واخذت اعراض الضهي بالظهور فراجعت المستشفى ولدى الفحص ظهر ورم في غدة بارثولين قممخص نسيجياً وعرف انه سلي فاستؤصلت غدة بارثولين وبعد ثلاثة اشهر تحسنت حالة المريضة العامة فعاد للطمين نشاطهما بدون اي مداواة خاصة .

ولهذه الملاحظة شأنها لانها ترينا ان التطعيم حتى في سل المبيض ممكن ولا نخشى من ظهور السل الموضعي فيه ، وما انقطاع نشاط الطم الا كاتقطاع نشاط المبيض في مفره الطبيعي متى وجدت بوثة سلية نشيطة في البدن فتى شفيت هذه البوثة او استؤصلت تمود للمبيض قدرته على القيام بوظيفته .

ان الطم الذي يترقل دائماً هو المأخوذ من المبيض الكثير الاكياس (polykystique) والذي يدعى المبيض المتصلب الكيسي (ovaire scléro-kystique) فينقلب الطم دوماً كيساً ، ومع ذلك فمداواته سهلة وسند كرها في دورها . وهكذا يرى القارئ ان الطم مرغوب فيه اياً كان منشأ الآفة حتى لو كان سلياً واية كانت حالة المبيض حتى لو كان متقيحاً ولكن علينا ان نجتنب التطعيم في اورام المبيض التي نشك في سلامتها واذا استثنينا هذه الحالة فلا مضاد استطباب قط للتطعيم

والى جانب التطعيم يجب ان نحفظ بالرحم او بقطعة منها ولذلك نجري بصورة منتظمة عملية استئصال الرحم الناقص بدلاً من استئصالها التام . للابقاء على التعاون الميضي الرحمي ، وعودة الطم هو الدليل على ان الطم يقوم بالمهمة السامية الموكلة اليه . ونحن نعلم ما للطم من الشأن الفريزي

والكن الذي اريد ان اعيد اذكركه هو تأثير رؤية الطمث في نفس المرأة ، فانها تشعر انها لا تزال في صف النساء الكاملات وتعتقد انها لا تحرم من الحمل الذي خلقت له ، ولم لا ؟ ان وجود الطمث كل شهر هو العلامة الاكيدة عندها وعند ذويها لقابلية الحمل ، فعلام لا تتأمل ولا تنعم بهذا الامل ؟

ما اعظم هذا في الجراحة النسائية وما افظع جريمة من يهمل اتباعها جهلاً او كسلاً فاذا اهملها جهلاً فهو مسؤول لان الجهل ليس عذراً شرعياً . واذا اهملها كسلاً فهنا المسؤولية العلمية الكبرى : اذا كنت لا تدري فذلك مصيبة وان كنت تدري فالمصيبة اعظم

مقر الطعم وعدده : -- ينصح كوت Cotte ، ليون ، يفرس التطعيم في الثرب داخل البطن وهذا ما لا نشير به بصورة عامة وما نحرمة في المبيض المريض . فان الطعم ان كان من مبيض صحيح ممرض للاستحالة الكيسية وان كان من مبيض مريض فصار الى الالتهاب والتقيح وفي الحالين يضطر الجراح الى التوسط ثانية وهذا ما نريد ان نبتعد عنه . والذي عليه المعمول في باريس ونجرية يومياً هو ان ينرس الطعم في الشفر الكبير .

ان الطعم ثنائي ، والسبب في ذلك ان المبيضين في الحالة الطبيعية يعملان بالتناوب ، ولقد رأيت مريضة أجري لها طعم واحد واذا بها تطمت مرة كل شهرين . ولا تكلفنا معرفة هذا التناوب عنه وبحسب فان المريضة نفسها تخبرنا بذلك فتقول في الشهر الماضي جسم الطعم الايمن وفي هذا الشهر جسم الايسر وهكذا دواليك .

الطريقة العملية : اذا كان المبيض صحيحاً وحجمه طبيعياً تقطعه قطعتين من المحور الى المحور وكل قطعة تؤلف طعاماً واذا كان كبير الحجم فالتا تقطع بمضه قطعتين تكونان طعمين واما في المبيض المريض فالتا تقطعه وتحرى قطعة سليمة بالظاهر فتميل منها طعمين .

حوادث التلميم وعوارضه : ان الطعم في وقت راحته متوسط الحجم لا يزعج المرأة ولكنه حساس بالجلس ، ويضخم كل شهر فيصبح ثلاثة اضعاف حجمه العادي ، عندها نشاهد في المرأة عسراً في المشي والحركة والجلوس والمأ في الجماع ، ولكن المريضة تحمل ذلك بسهولة خاصة اذا انبأها بما سيقع واذا أفهمنا ان ما سيحدث لها شيء طبيعي ، وبهذا الاخبار نجتنب مفاجآت مختلفة ، فقد رأيت مريضة تسرع الى العيادة في الصباح الباكر خائفة مضطربة تسأل عما بها اهو فتق أم خراجة ؟ ولم يكن هناك سوى طعم في حالة النشاط .

على انه قد يكون سير الطعم غير طبيعي فتراجع المريضة الشعبة النسائية اما لزيادة نشاط الطعم وجسامته او لتقص هذا النشاط فتبدو في المريضة اعراض الضهى الجراحي .

جسامة الطم وايلامه : قد تكون الجسامة غير محتملة فتصبح سبباً لآلام مبرحة لا قبل للمريضة بحملها ولدى الفحص نشاهد احياناً ان سبب هذه الآلام خطأ في وضع الطعم كأن يكون عالياً فتجده امام سطح العانة المعظمي فينضغط على هذا السطح في اوقات جسامته الدورية ويجعل الجماع غير ممكن وقد شاهدت حادثاً من هذا النوع اضطررنا في مستشفى بروكا

ان نرفع احد الطعمين لتتخذ المريضة من ألم ممض . واذا كان الطعم في اسفل الشفر الكبير يجعل المشي متعذراً والجلوس مؤلماً . ولاجتناب هذه الاضطرابات يجب ان يعنى بوضع الطعم في القسم المتوسط من الشفر الكبير وقد يكون وضع الطعم حسناً ولكن الجسامة غير طبيعية ، فيزداد حجمه ولا يتراجع كمادته فنعلم ان الطعم اصبح كيسياً . وهذا امر سهل لان معالجته تنحصر بالبزل وكثيراً ما لا نحتاج الى البزل الا مرة واحدة واحياناً مرتين وفادراً ثلاثاً ، فنخرج في كل مرة مقدار (٥ - ١٠) سم^٣ من سائل ليموني او دمي . واذا كررنا مشاهدة جميلة نشرها غوجيرو وبلوم (Gougerot et Blum) في مجلة اخبار الامراض الزهرية ، فقد لاحظ السكاتبان في سياق افرنجي ثانوي عند امرأة مطعنة ان الطعم جسم جسامة مؤلمة . فبزلناه وخرجنا ٥ سم^٣ من سائل مدمى اجرياً عليه تفاعل واسرمان فكانت النتيجة مثبتة شديدة وتحرياً العامل المرضي في السائل فلم يجدناه .

فترى مما تقدم ان الطعم يتفاعل كالمبيض الطبيعي في سياق داء الافرنج واذا ذكر القارىء مشاهدة المسلوطة عرف انه يتفاعل ايضاً بالطريقة نفسها في السل .

نقص نشاط الطعم والضئى الجراحي : قد لا يحسم الطعم فتظهر في المريضة هبات الحرارة وتكون خفيفة اولاً ثم تشتد وتصحبا بقية الاعراض التي ذكرناها في المقال السابق . ونرى ذلك في ثلاث حالات مختلفة :

- ١ - بعد دور شدة النشاط فيكون وقت راحة الطعم .
- ٢ - في حالة الضعف العام . وآية ذلك مشاهدة تلك المرأة المسلوطة .

وحالما تحسن الحالة العامة يستعيد الطعم عمله .

٣ - نقص تدريجي في التمايلة فيظهر أولاً تطاول المدة بين دورات التضخم ثم عدم الانتظام ويتلو ذلك الانقطاع التام عن العمل فيكون الطعم قد قضى . ويشير هذا السبيل الى ان الطعم كان يبذل آخر ما يرضه نسيجه من الحياة .

قد تعود للطعم قدرته على القيام بوظيفته السامية في الحالتين الاولى والثانية اذا مد الطبيب اليه يد المساعدة واما في الحالة الثالثة فلا حيلة لنا باتخاذ الا اذا راجعنا المريضة في اوائل عهد اضطرابه . وخير ما يوصف للمريضة هنا هو خلاصة الفص الامامي من الغدة النخامية او الفوليكولين الطعم الاجنبي : ان ما تحدثنا عنه حتى الآن هو الطعم الذاتي اذ نأخذ الطعم من مبيض المرأة ونفرسه في شفرها . ولكن قد يحدث في الممارسة ان مريضة اجريت لها عملية استئصال الملحقات واهمل الجراح التطعيم فاصيبت باضطرابات شديدة مستعصية على كل معالجة دوائية فلنجرب فيها التطعيم الاجنبي ويسهل ذلك في المستشفيات الكبرى حيث تجري دائماً عمليات على الملحقات ويشترط على المعطية ان تكون فصوصها المصلية سليمة وان يوافق دمها دم الآخذة وقد حدثني الجراح النسائي المشهور الدكتور دواي رئيس اعمال الشعبة النسائية في عهد جان لويس فور ، انه اجري هذه العملية اربع مرات فكانت نتيجة الاولى ممتازة اذ بقي الطعم قائماً بوظيفته اربع سنوات وكانت النتيجة في حادثة ثانية متوسطة ، ولم يعلق الطعم في حادتين .

اذن يمكن ان تجرب هذه الطريقة ، وانه واذ كانت النتائج حتى الآن غير مشجعة كثيراً فامن شرّ يخشى في هذه العملية .

التطعم الرحي : لقد رأينا سابقاً تعاون الرحم والمبيض على القيام بوظيفتهما الكبرى ولذلك يفكر اليوم النسائيون اذا اضطرتهم حالة المريضة الى استئصال الرحم التام في تطعيم المريضة بقطعة من رحمها كما يطعمونها بقطعة من مبيضها ان هذه الفكرة لا تزال قيد البحث ولم تخرج بعد الى حيز العمل .



رسول نظائر الدرق في معالجة زيادة

التوتر الشرياني الاساسي المستمرة أو الاشتدادية وتسربات

القلب التي ترافقها

ترجمة الدكتور محمد وحيد الصواف

تميز اليوم بمحو زيادة التوتر الشرياني المرضية عن زيادته الاساسية المستمرة أو الاشتدادية .

ففي عدد كبير من زيادات التوتر الأساسية المستمرة أو الاشتدادية التي تشاهد في اشخاص اعمارهم بين الاربعين سنة والستين او في اشخاص اصغر اعمارهم حول الثلاثين يوجب السرري من اخفاق جميع الوسائط الخافضة للتوتر: مضادات التشنج المختلفة ، اليودورات ، القوي (gui) ، السيليكات ، مقويات القلب ، المدرات ، ملاح الاستيل كولين ، الرسل المشكلية الحالية من الانسولين ، مشتقات الأوكثيل ، الاستدماء الذاتي ، الحُمُات ، التيارات العالية التوتر ، القصادات الفزيرة ، الحليات الغذائية الشديدة ، التي لا تأتي بتأثير محسوسة ودائمة .

وقد عزا فاكز واوبري ولانجرون وغالافارادن ودوما هذا النوع من زيادة التوتر بعد ان أدلوا بالبواهي الكافية الى زيادة افراز السكر . وادرك احد معلمينا الاستاذ لريش بحسب مبادئه في الجراحة الفريزية

النتائج التي يمكن ان نحتي في مثل هذه الاحوال من قطع المصب الحشوي ومن استئصال احد الكظرين . وقد اعطت هاتان العمليتان الجراحيتان لدى اجرائهما في حالات مستعصية على جميع العلاجات التي اتينا على ذكرها، نتائج محسوسة ومستمرة .

غير ان استئصال الكظر عملية قلما يقبل بها المرضى وهي تتطلب عملاً دقيقاً ولها، ولو كانت وحيدة الجانب، نصيب من الاخفاق في عواقب العملية البعيدة منها والقريبة، هذا الاخفاق الذي يزيد كثيراً عند ما يكون المرضى، وهذا هو الغالب، مقلوبين . لذا اضطررنا الى التفتيش عن طرق اخرى في الحل الطبي .

وقد اتبع لنا ان نشاهد عدداً كبيراً من المكبوتين وتوصلنا ان نحدد من بين هؤلاء عدداً كبيراً من القاصرين عن تثبيت الهوليونات وجدنا فيهم بدرجات متفاوتة الاضطرابات المختلفة لزمرة بوشار العصبية الحرضية والتغيرات النفسية المختلفة التي وصفناها في شهر ايلول من السنة ١٩٣٧ في المؤتمر الدولي لقصور الكبد المعقود في مدينة فيشي (Vichy) .

وقد فرزنا من هؤلاء القاصرين زمريتين متفاوتتين بيدي التوتر الشرياني في الكبرى منهما كما بين ذلك فيدال ميلاً واضحاً نحو الهبوط في اثناء الصدمات الهولية الغذائية او الدوائية . اما الزمرة الثانية فعلى العكس يميل التوتر فيها في اثناء هذه الصدمات نحو الصعود وعواقبه . وقد توصلنا بتنشيط الغدة الكبدية وبمخفف الاغذية الغنية بالهوليونات الى خفض التوتر الشرياني في هؤلاء والى رفعه في اولئك . فلماذا الاضطراب نفسه في وظيفة كبدية

واحدة: القصور عن تثبيت الهوليونات ، يحدث في الوقت ذاته في البعض هبوطاً وفي الآخرين صعوداً في التوتر الشرياني ؟

يجب علينا للجواب ان نعتبر مسألة البنيات العصبية التي تقترب او تبعد من البنية العصبية الغدية الطبيعية فنعبر ١ -- العصيين بثنه المجهول والودي مع تغلب المجهول الذي تحدث فيهم الآحيات المؤذية وخاصة الايميدازولات (les imidazols) التي نه اليها لوبر نقصاً في المقوية الشريانية ٢ -- العصيين بثنه المجهول والودي مع تغلب الودي الذين تحدث فيهم المواد الآمينية المذكورة نفسها على العكس هجمة رافعة للتوتر .

وقد تعمدنا في هذه الصفحة القصيرة استعمال الاصطلاحين : العصيين بثنه المجهول والودي مع تغلب المجهول والعصيين بثنه المجهول والودي مع تغلب الودي لان هؤلاء الاشخاص الذين يبدي بعضهم تغلباً في ثنه الودي والبعض الآخر تغلباً في ثنه المجهول يتصفون جميعاً بحس عصبي مجهول وودي اشد من المعتاد .

ومهما يكن فان مسألة زيادة التوتر الشرياني الاساسي تؤدي الى مسألة تغلب الودي . ويظهر ان هذه المسألة قد حلت الآن حلاً جلياً بزيادة افراز غدد الكظر ، النخاعية منها والقشرية ، وفي بعض من الحالات بزيادة افراز النقص الخلقي للنخامة وزيادة افراز رسل نظائر الدرق (وليس النقص الامامي للنخامة والغدد التناسلية) ولم يتفق بعد على قبول الحل الذي يقول بزيادة افراز الدرق .

يستتبع مما تقدم ان ما يجب علينا حفظه هو ان الاصل في زيادة:

التوتر الشرياني الاساسي هو زيادة افراز الغدد فوق الكلوية .
وقد ساقنا الفضول مرات عديدة الى تجريب رسول نظائر الدرق في
اشخاص ابان نوبة الربو او نوبة الشرى فلاحظنا في هؤلاء واولئك استحقاقاً
واضحاً في النوبة وخاصة في المبهورين مع اشتداد في الزلّة وفي الصغير
القصبي الذين ينجحون عن التثوح السخّي باتساع الشريانات . وقد
زالت جميع هذه الاضطرابات بحقنة واحدة من الاُدرنالين . وقد حقنا
ايضاً المبهورين في ابان النوبة بمزيج من الادرنالين ورسول نظائر الدرق
فلاحظنا فيهم ايضاً اشتداداً في النوبة لم تسكنه سوى حقنة من الكظر وخلف
التخامة «Surrénale-rétrohypophyse»

وقد تبين لنا من مشاهدة هذه الحوادث انه يمكن القول بوجود
تضاد — على الاقل في تأثيرها بالاعوية — بين الكظر وفص التخامة
الخليفي من جهة وبين رسول نظائر الدرق من جهة اخرى فيضيق الأولان
قطر الشريانات بتقليصهما للألياف المضطربة الملسية التي يحدث على العكس
استرخاء في الألياف المذكورة وليس هذا بالامر العجيب لان رسول نظائر
الدرق يقاوم ولع التقلص (spasmophilie) بانهاض زيادة تنبه العضلات
نقصاً كبيراً

وقد أدت بنا هذه الاعتبارات الى معالجة زيادة التوتر الشرياني الاساسي
منذ اكثر من ستة اشهر (ليس بمخلاصات نظائر الدرق التي لم تمنحنا نتائج
كافية مع ان كاربانتيه «Carpentier» قد جنح في الاضطراب الوعائي الحركي
الذي يعقب رض الاطراف نتائج حسنة) بل بالرسول الذي تفرزه نظائر الدرق

وقد كانت أولى تجاربنا في المتوترين اعطاء هذه المادة بطريق الفم على الرغم من نصيحة الفرائزين بعدم اعطائها بهذا الطريق مستنديين في ذلك الى تلفها بتماس التريسين وعصارة المشكلة فلاحظنا في كل مرة بعد المعالجة بعشرين وحدة يومياً طيلة اسبوع هبوطاً في التوتر الشرياني يبلغ الساعتين من عمود الزئبق .

وقد ادى استعمال الشياف (suppositoires) المحتوية على نصف هذا المقدار على عشر وحدات يومياً الى التحسنات نفسها .

اما الحقن تحت الجلد فقد كان هبوط الضغط فيه اكبر واسرع حتى اننا دوناً هبوطاً في التوتر قدره سائمتان من عمود الزئبق بعد ساعتين من الحقن بعشرين وحدة من الباراتايرون (paratyron)

فنحن اذاً امام نوع من المعالجة جدير بالانتباه على الرغم من صعوبة تعيين المقادير ومدة المداواة فيه . فعلى السرري ان ينظمها بحسب كل مريض على حدة كما عليه ايضاً ان يراقب وان يقوي قلب مريضه اذا اقتضى الامر ولو اننا لم نشاهد حتى الآن ادنى طارئة .

ويلاحظ عدا هبوط التوتر المحسوس والمستمر اشهرأ تحسن في نظم القلب متى كان هنالك اسراع وعدم انتظام مرافق وزوال الطنين والدوار ومحص الاطراف وتقلص اوعية المين وعودة النوم الهادى .

معالجة السلعة الجحوظية (goitre exophthalmique)

بحقن الكحول المصلبة

ترجمة العالم انور الحجا

على الرغم من تفتيشي الدقيق في الكتب لم اعلم ان احداً نشر معالجة الجذرة الجحوظية بحقن غايتها تصلب النسيج الغدي .

ان خيبيتي في المعالجات المتبعة في الجذرة الجحوظية ما عدا الجراحية منها (التشريد والتيار الفارادي والاستشعاع) وخوفي من المعالجة الجراحية التي لا تخلو من الخطر ، هذه المعالجة التي اقتصر في استعمالها على بعض الحالات الخطرة جداً ، حملاني الى استعمال الحقن المصلبة بكحول درجته ٩٥ منذ ما نيف عن سنتين .

وقد جنيت من هذه المعالجة نتائج باهرة فشجمني استعمالها على الثابتة عليها والاشارة بها على زملائي الذين يرغبون في تجربتها في مرضاهم . لان سهولة هذه الطريقة وخلوها من الخطر يجعلانها في متناول كل ممارس .

ولم ارغب لبعض من العوارض الممكنة الحدوث في استعمال السوائل الكثيرة التفريش المسماة بمبدلة كالتيمول المكوفر الذي تماثل فائدته فائدة الكحول كما ذكرت في احدي مقالاتي المنشورة عن معالجة الاكياس الآحية ، والادرام المائية والقيلة المائية ، ولا السوائل المصلبة كالكينين الاورانان وصفصافات الصوده والحج . .

وبما ان الحقن بكحول درجته ٩٥ في معالجة كثير من الآلام لم يحدث تفاعلات تالية ذات شأن : فكرت في استعماله لتصلب السلع الجسدية بصورة تدريجية ، وقد جربت ايضاً الحقن بكحول يودي درجته (٩٥) ونسبته $\frac{1}{4}$ فلم اجن منه نتائج مرضية .

هذا وقد بدأت اجرّب هذه الحقن الكحولية في الاورام الغدية الصغيرة الخبيثة التي قد تحدث اضطرابات محسوسة لا نسبة بينها وبين احجام الاورام وقد حققت بعد ان لست هذا التحسن سلباً متفاوتة الحجم ومتشعبة واليك طرز العمل .

الادوات : ابرة قطرها $\frac{1}{16}$ وطولها ٤ سم متصلة بمحفنة سميتها (٣ - ٥) سم معقمة وفارغة يتحرك مدحهما مع احتكاك خفيف لطيف ومحفنة أخرى فيها ٣ - ٤ سم من كحول درجته ٩٥

العمل : تظهر ناحية العنق الامامية بصبغة اليود والافضل مسحها بالايثر . في الاورام الصغيرة الواقعة على الخط المتوسط يقف الطبيب الى يسار المريض المضطجع ووجهه الى رأسه ويبسط الورد باصبع يده اليسرى لكي يشمر به جيداً ويثبت ويستحسن الايعاز الى المريض باجراء حركات بلع ١ - تغرز الابرة المتصلة بالمحفنة القارعة في مركز الورد الغدي قدر المستطاع .

٢ - يستشق ، فيجابه الطبيب احد الاحتمالات الثلاثة التالية :

أ - فاذا خرج دم وخروجه ممكن قبل الاستنشاق تجر الابرة ريثما ينقطع الدم .

ب - واذا خرج سائل مصلي : يستنشق حتى تقاده .

ج - او لا يخرج شيء بالاستنشاق

٣ - تترك الابرة في مكانها وتبدل الحقنة بالاخري حيث الكحول ويحقن منه ب- ٣ سم ٣ بيطه ويسأل المريض عما يشعر به .

وفي الغالب لا يؤلم الحقن المريض خلافاً لما يقع في معالجات العصابات حيث يحدث الحقن المأ حاداً ولكنه قصير المدة .

وتترك الابرة العالقة محقتها في مكانها زهاء دقيقة او دقيقتين ربما ينتشر الكحول .

ملاحظة ان استعمال محقتين واجب وتحاشياً عن حقن كحول درجته ٩٥ في احد الاوعية (وان يكن لا محذور كبير منه ولا فائدة ايضاً) يجب الاستنشاق قبل الحقن ، فاذا استعملت الحقنة الواحدة الملائى بالكحول يعود الدم اليها حيث يتخثر في الحال فيفسد الابرة ويضطر الطبيب الى اخراجها وتبديل الكحول .

وطريقة الحقن هي هي في معالجة ضخامات الغدة الدرقية المتفاوتة الانتشار سواء اكانت في جانب واحد او في الجانبين .

يرجح وقوف الطبيب في الجهة المرادة معالجتها وتبعد بابهام اليد اليسرى ووسطاها العضلة القصية الترقوية الحشائية الى الوحشي وتثبت الغدة الدرقية الضخمة بهما ايضاً . وتغرز الابرة بيطه عمقاً والى الوحشي في نسيج الغدة (وغرز الابرة بعد ان تجتاز الجلد غير مؤلم) .

ويسهل تعيين موقع الاوعية الكبيرة كالوداجي والسباتي فجنب . ومع

ذلك فان اتوعية الوريدية في هذه الناحية ذات شأن كبير ايضاً .
وليس من النادر ان يستشق دم بالابرة التي يظن انها في محل مناسب
فاذا حدث شيء من هذا نجر الابرة قليلاً واذا اصبحت قليلة العمق تحرف
وتغرز ويحقن بـ (١ - ٣) سم من الكحول .
ولسنا نرى اقل محذور في حقن محلين مختلفين من الجهة نفسها يستمتريين
مكميين من الكحول واذا وقعت الضخامة في الجانبين تحقن كل جهة
بستمتريين مكميين .

توابع العمل : لم اشاهد ابداً اقل دعث او حس مؤلم في عقب الحقن
الا في بعض المصليات اللواتي اشتكين الحقنة الاولى .
وكنت استطيع دائماً ان اسمح لمرضاي بمغادرة العيادة فور الحقن .
ويظهر ان الحقن بالكحول يوسع الاوعية بشدة لاتي لاحظت ان الحقنة
لو اجريت في ناحية قليلة التوعية تنزف في الغالب شأن ما يحدث في حقن
الغدة الدرقية فيستحسن الايماز المريض بضغط الناحية المحقونة ضغطاً خفيفاً
بضع دقائق برقادة مغممة .

والفاصلة التي أتركها بين الحقنة والاخرى اسبوع الى اسبوعين . ويتبدل
عدد الحقن من (٢ - ٢٠) حقنة بحسب كبر السلعة وشأنها .

النتائج : اتني آسف ان يحول بعد الخبر وحالة مرضاي الاقتصادية دون
اجراء التطور الاساسي قبل الحقن وبعده ولهذا اكتفي باعطاء النتائج
السريية فقط .

ان الحقن بالكحول يحدث في خلال شهر او شهرين نقصاً محسوساً في

حجم الغدة الدرقية حتى زوال الاورام الغدية زوالاً تاماً في بعض من الحالات وقد قدر كثير من المرضى حسن النتيجة الموضعية بزوال الورم كما أنهم قدروا أيضاً زوال الزلّة او عسر البلع الذي كانوا يشعرون به .

اما الاعراض البازدوفية فتحسنتا ثابت وواضح فان القلب يبطن ويتشوش النظم يتحسن او يزول ويتبعه تحسن جنون القلب او زواله وعودة الفرق بين الضفطين الاقصى والاثنى الى حده الطبيعي وتحسن أيضاً الاعراض المصية والجحوظية .

ولعلم ان هذه التحسنات ليست آنية بل انها قد تمتدعي عشرين حقنة مصنوعة خلال عدة اشهر الامر الذي لا بد منه ايضاً في عقب التوسطات الجراحية .

وقد استمر التحسن في الحادّات المعالجة منذ سنتين حتى اني لم اضطر الى اجراء حقن جديدة .

١ — الاعتراضات : قد يقول قائل ان هذه الطريقة عمياء : مع ان الحقن لا تجرى الا في غدة درقية ضخمة يسهل فيها التحاشي عن اصابة الاوعية والاعصاب الهامة وحقن نسيج الغدة نفسه بالكحول . ولا بد من غرز الابرة كثيراً لتبلغ السباتي او الوداجي وبالأحرى المصّب الرئوي الممدي الامر الذي يجب التحاشي عنه اما المصّب الراجع فيقع في الانسي ولا خطر عليه لان الابرة التي تفرز من الانسي الى الوحشي تظل بعيدة عنه اما ارتشاح الكحول حول المصّب الودي القليل الاحتمال فمقدور على ان يكون مضرّاً ولا تتعرض الغدد نظيرة الدرق بسبب مفرها الحظي لعمل الكحول

٢ - ان الورم الندي قد لا يزول برمته ولكن الغاية من هذه الطريقة هي معالجة العوارض السمية التي تتصف بها السلع الجحوظية الصغيرة الحجم في الثنالب والصغر الذي يعقب الحقن في الغالب كافر في معظم الحالات .

٣ - ولعل اعظم اعتراض يوجه الى هذه الطريقة هو الصعوبة التي يلاقها الجراح فيما بعد اذا اراد استئصال الغدة لما يحدثه الحقن من التصاقات الغدة بالمحفظة والنسج المجاورة .

وبما انني لم احتج الى اجراء عمليات جراحية لمرضاي الذين عولجوا بحقن الكحول لان تلك الحقن كانت كافية لتحسين حالتهم ، لا استطيع ان ابدى رأياً في هذا الصدد . والفت النظر الى ان للاستشماغ المحذور نفسه وزيادة عليه انها كه لؤلؤاء المرضى الذين تكون صحتهم قد وهنت .

وعلى العكس فان حسنات هذه الطريقة تفوق محاذيرها

وهذه المعالجة السيارة غير مؤلمة وقليلة الكلفة وغير مؤذية اذا قيست بالمعالجة الجراحية المؤلمة والخطرة في الغالب اصف الى ذلك انها لا تترك ندبة كذلك

فاستناداً الى ما تقدم ارى ان هذه الطريقة حرة بالاستعمال في الممارسة اليومية واني اشكر لزملاء الذين يوافقتي باعتراساتهم وازماداتهم ونتيجة تجاربهم ، واشير بهذه المناسبة الى النتائج التي جنيتها من حقن المحفظة المفصلي بكحول درجته ٩٥ في التهاب المفصل الحرقفي الفخذي المؤلم الميس ، فهو يمكن المرضى بهذه العلة المضنية من الاستناد الى طرقهم واستعادة بعض نشاطهم

الكزاز

للدكتور سكريكا

ترجمة الدكتور كامل سليمان الحوري

(بروكلين نيويورك)

تاريخ المرض : يقول اندرس ومورغن ان هذا المرض كثير التفشي في
 سفوح الهمسون ، والجزيرة الطويلة ، والولايات الاتليتيكية من الولايات
 المتحدة ، فبين ٧٣٢.٥٢٨ حادثة وفاة حصلت في ثمانى عشرة ولاية في السنة
 ١٩٠٩ كانت منها ١٣٧٣ حادثة بالكزاز ، ثلاثون منها في اولاد لم ينعدها
 السنة الواحدة من العمر . وكانت الاحتفالات بالربع من شهر تموز التي لم
 تكن السلطات تمنع في اجرائها تزيد حوادث الكزاز زيادة تذكر . واما الآن
 فقد قلت هذه الحوادث ، اولاً : لان الحكومات تنهت لما ينتج من اقل جرح
 يحصل من المفرقات والاسلحة النارية ، وثانياً : للفوائد الحاصلة من استعمال
 المصل المضاد للكزاز .

وحوادث الكزاز في اوردية كافية للفت انظار السلطات المدنية والطبية
 اليه . اما في انكلترة وان يك هذا الداء قليل الشيوع ، فقد حصلت منه
 حوادث في وادي التامز وبعد ان كشف نيكولاير عصية الكزاز في السنة
 ١٨٨٤ واستعمل المصل المضاد الكزاز ، وادخلت الطرق المواقفة في معالجة

السرور (الجل السري) في الولدان ، جاءت التقارير التي تقدمها السلطات في العالم اجمع مينة ان هذا الداء قد قات حوادثه في الاطفال والاولاد والكهول وان قد عقد النصر للطب عليه .

ذكرنا كثرة حوادث الكزاز في سفحي « الهدسون والتامز » ، وهو كثير ايضاً في كل سفح اذا احاطت به أنجاد او تلال او جبال او حوض واقع على مقربة من ذلك لان عصية الكزاز تتناسل بكثرة في هذه السطوح المتخفضة الرطبة . وتخصب في طين المستنقعات ، والارض المحروثة ، والبساتين والمزارع حيث الارض رطبة

الاعراض الموضعية : ان الكزاز مرض عفني ناجم عن عصية نوعية تدخل البدن بخدش او جرح وبرز عرض يائي لهذا المرض التفععات التي تستولي على مجموعات العضلات وتخللها نوب اشتدادية . وقد سجلت حوادث كزاز لم يكتشف فيها خدش او جرح .

ذكرنا ان عصيات الكزاز كثيرة في الاراضي المحروثة والرطبة ، وفي طين المستنقعات ونضيف الى ذلك انها كثيرة ايضاً في المواد المغطنة والروث والسماد .

تتبدل حضانة الكزاز من يوم واحد الى عشرين يوماً ، ومعدلهما الوسطي من خمسة الى عشرة ايام .

وعرض الكزاز الاول صلابة في العنق او الفك . يشكو المصاب احياناً صعوبة المضغ . فلينظر الى هذا المرض الاول بعين الاهتمام ولا سيما اذا سبته شعور يبرد او قشعريرة صريحة (نافض قوي) ، ثم تتدرج التقلصات الى

عضلات الفك فينقل الفك ويسمى هذا المرض الضرب (trismus) الذي سمي الكزاز به ، وتغير تقاطيع الوجه فيرتفع الحاجبان ، ويغير الصواران (ملتقى الشفتين) الى العالي فيظهر جانب الاسنان ، فيقلد الوجه منظر الشخص المستهزئ، وقد سمي هذا المرض بالضحك الكلي .

ولا تقلص عضلات الجسم بعد الضرب مباشرة بل تنتشر تدريجياً ويظهر قنصاب في الغالب عضلات الظهر اكثر من عضلات البطن ، وينعطف الجسد في اثناء التقلصات الى الوراء مستنداً الى القفا والعقبن ، اكثر من استناده الى الجبهة واصابع القدمين .

وقد ينعطف الجسم الى احد الجنين حين النوبة ، او يصبح جميعه متصلباً متقفاً . وتختلف مدة اشتداد النوبة ، يدانها وان قصرت ، فان الراحة التي تحصل بعد الاسترخاء - اي الفاصلة التي تفصل النوبة الواحدة عن الاخرى - تنحصر في بعض العضلات فقط ويستمر بعض التقلع في البعض الآخر .

ولا يبرحن عن البال ان جميع المنبهات (كجبرى هواء او ضجيج فجائي ناجم عن اغلاق الباب بشدة او وميض نور فجائي على العينين) تسبب نوبة تقلص . ويبلغ لالم في اثناء التقلصات حداً قصياً من الشدة ، حتى يحيل الى المصاب المسكين انه قد قبض عليه يد حديدية لا يستطيع الافلات منها فيتصبب العرق منه غزيراً ولا ينحسر شيئاً من ادراكه . وتظل الحرارة في بعض الحوادث طيحية ، وترتفع قليلاً في البعض الآخر .

المعالجة: فينظف كل جرح تلوث بالتراب بدقة واتقان ولو كان جزئياً

حتى اذا كان خدشاً لا تكاد تراه العين وجميع الجروح والحدوش المحدثه بالحديد الصادى وقطع التوتيا (الزنك) او التنك وشظايا الحشب او الزجاج العتيقة والقذرة وما شا كل ، شديدة الخطر ولا سيما اذا كانت هذه المواد مدفونة في التراب .

ويحقن بالمصل المضاد الكزاز بما امكن من السرعة لان في المصل ترياقاً ممناً فاذا ما حقن به قبل ظهور اي عرض وهب للبدن وقاية لارب فيها ابدأ ولا تقبل جدلاً .

فلى الطيب في جميع حادثات الرهس وتمزق الانسجة والكسور المفتوحة ان يبادر الى استعمال العلاجات المطهرة . وافضلها وانجعها محلول كاريل داكين على ان يكون حديث الاستحضار او الماء الاوكسيجيني الذي يسهل الحصول عليه ، وان يحقن جريحه بعشرة الى عشرين سنتمراً مكعباً من المصل المضاد للكرزاز وقاية له من داء ممكن الحدوث .

ومتى ظهر المرض يوضع المريض في غرفة مظلمة ساكنة وتوصى الممرضة القائمة على تمريره بالابتعاد عن كل ما من شأنه ان يبه اعصاب المريض .

وبما ان المصاب يعرق عرقاً غزيراً في اثناء التوب فلتبدل ثيابه مرات في اليوم الواحد بلطف لئلا يزعج حتى ان حركات البلع قد تكون مصدراً للتوبة وداعية الى اختناق المريض فاذا كانت الحادثة شديدة يفذى المريض بالمصول فقط تحت جلده وفي مستقيم رثياً تحف وطأة الداء فيغذى بالسوائل

ويكافح المرض نفسه حينذاك بالمقادير الوافرة من المصل التي تحقق بها
 المضلات والأوردة ولا سيما القناة القعرية لأن ذيفانات الكزاز مولمة
 بالجهاز العصبي فعلى الطبيب أن يرسل الترياق إلى الخلايا العصبية نفسها .
 وليعمد إلى طريقة دوفور في المعالجة وذلك أن يخدر المريض تخديراً
 عاماً ليتسنى للمراكز العصبية التحرر من ذيفانات الكزاز وتحقق القناة
 الشوكية ، والمريض مخدر ، بالمصل فيعدل ترياقه تلك الذيفانات المحررة المؤذية
 ولا نهملن المنومات والمسكنات أي الكلورال والمورفين حين اشتداد
 النوب ريثما يكون المصل قد فعل فعله الشافي .



عقم الزوجين وعلاجه

ترجمها عن مجلة الطب الجزائرية

الدكتور الرئيس

عبدالحليم الطلي

آمر مستشفى الميدان الثاني في الجيش العراقي

يشغل مبحث العقم ، المقام الاعلى ، والمكانة السامية ، بين مباحث السريريّات الولادية الاخرى ، ولم يبدأ درس هذا البحث بصورة جدية ومُجدية ، الا منذ بضع سنين ، الامر الذي دعا الى ازدياد عدد المستطيين من الرجال والنساء لمقهم ، وخاصة منهم الزوجات المتعطشات الى الامومة ، الى رؤية طفل يداعينه ، بين ايديهن وفي احضانهن ، ويرضعنه لبان الحثان والراقّة ، ويتاغينه بلسان السذاجة والوداعة ، فيوحين اليه روح المحبة والشفقة . اولئك النسوة اللاتي يشعرن بان الامومة هي الهدف الاسمى لحياة الاسرة ، والغاية الثيلة للعقد الزوجي ، سيما اذا علمنا ان كثيراً منهن يعددن العقم عاراً مخزياً ، وعيلاً مشيناً ، وكثيراً ما أدى ويؤدي الى فراق الزوجين . فراقاً مريراً لا لقاء بعده .

.....

كان علاج هذا المرض سابقاً ، مؤلفاً من مجموعة اعمال غريبة عن الفن ، بعيدة عن العقل ، يقوم بها بعض من لا اخلاق لهم من الدجالين والمشعوذين

وما لبث الطب الحديث ان شدّ بها من الشعوذات والاباطيل ، وادخلها في حظيرة بشكل مستند الى اسس علمية تاجمة قويمة .

ليعلم الزوجان ، ان فحصهما معاً ضروري ، ثم لتعلم الزوجة ، ان فحص بعلمها لا يقل شأنًا عن فحصها ، اذ كثيراً ما يكون هو السبب في العقم فاذا شئنا تشخيصاً صحيحاً ، فلنفحص كلا الزوجين ويتألف فحص الزوجين من سلسلة تحريات سريرية ، واخرى حيوية .

الفحص السريري

١ - فحص الرجل : يجب قبل كل شيء تحري الاسباب الموجبة للعقم ، وهي اما عفونات سابقة او انجمامات داخلية وخارجية ، او اضطراب في الغدد الصم ، او تمنغن افرنجي قديم .

ثم يلي ذلك تحري الاسباب المرضية ، وهي آثار التهاب الاحليل التقيبي المزمن او الحاد ، المختلط غالباً بالتهاب الخصية والبربخ (وهذا هو سبب عقم المرأة الناجم عن الزوج) .

ملحوظة - يجب اجراء هذا الفحص في مؤسسة مختمة للاستفادة من الحصول على المنى وفحصه فحصاً حيوياً دقيقاً .

٢ - فحص المرأة : تسأل اولاً عن سوابقها المرضية الموروثة والجانية (collatéraux) ، ثم تسأل عن امراض طفولتها ، وعن وجود عارض زهري موروث او مكتسب ، ولتأكد من ذلك يلجأ الى تفاعل بورده - واسرمان وتفاعل هنت (Hecht) وروبستين (Rubinstein)

ثم تسأل عن انتظام الوظيفة التناسلية ، وعن تاريخ اول حيض ومدته

وعن حصول حمل سابق وكيفية انتهائه .

ثم يعمل المسر الهيلي . ويفتش عن تشوهات الاعضاء التناسلية الولادية . او المكتسبة ، او عن التهاب النفير الكثير الحدوث ، ثم ينهى هذا الفحص (بعد اجراء معالجة طويلة ضد العفونات الموضعية والعامية) بالتحري عن افتتاح النفير او انسداده ، وذلك بنفخ مولد الحوضه وتصور الرحم مع نفيرها .
الفحص الحيوي

يؤخذ مني الرجل ويفتش عما اذا كانت فيه حيوانات منوية وعما اذا كانت قليلة او كثيرة . ثم تفحص حركتها اسريمة هي ام بطيئة ، ثم دوام هذه الحركة ، ثم دوام حياة الحيوانات ، ثم عددها في معشار مكعب ، ثم تفحص تفاعلات المني حين جملة بتماس الاخلاط والمفرزات الانثوية ، (الموجودة في المهبل والرحم) فيما اذا كانت حامضة ، او قلووية ، او معتدلة ، وتنفحص القوة الراصة لمصل دم الانثى مع المني . ثم تدرس الزمر الدموية في الزوجين ، واخيراً يبحث عن زمن الاباضة (ovulation) في المرأة ويعاير الجرايين البولي (folliculine urinaire) فيها .

الحلاصة : ان عقم الذكور اكثر من عقم الاناث او على الاقل مساو له .

وان سبب عقم الاناث اما من تمغن الرحم وملحقاتها ، الناتج عن سראה زوجية اهملت معالجتها في الزوجة ، واما من انسداد النفير او اقتراف مواد سامة للمني (spermatozique) ، واما من تمغن افرنجي كثير الحدوث ، ورغم انتفاء تفاعل بورده — واسرمان ، واما من اضطراب في الغدد الصم ،

او من تشوه ولادي او كسبي في الاعضاء التناسلية ، واما من رضوض حصلت في اثناء ولادة سابقة (انقلاب رحم خلقي ، هبوط تناسلي ، تغفن الملحقات) ، واما من تغففات عامة او انسبامات .

المعالجة

معالجة الرجل : اذا فحص المنى ولم تظهر فيه حويئات منوية او كانت قليلة فيه (oligo-spermie) نصف للشخص خلاصة فص القعدة النخامية الامامي او رسل (hormones) مستخلصة من بول النساء الحوامل ، تحقن في المضل يوماً او ثلاث مرات في الاسبوع بمقدار ١٠ وحدات أرب .

فلاحظ بعدئذ ازدياداً في عدد الحويئات المنوية يبلغ من ٥٠ - ٣٠٠ .
ودواماً في حياتها من ساعة الى ثماني ساعات حتى الى ست عشرة ساعة (بعد حقن سلسلتين بفاصلة شهر واحد) .

واما اذا كان الافرنجي هو السبب في عدم الالتحاق فيعالج المريض المعالجة النوعية لهذا المرض .

واذا كان التهاب الاحليل الحديث او القديم مع التهاب الخصية والبربخ هو السبب ، يساق المريض الى عيادة الامراض الزهرية للمعالجة .

ولا نفسين اخيراً فضل الادوية المقوية التي يدخل الفسفور في تركيبها
ساجة المرأة : ١ - باللقاحات الكثیر القوى المعقم بالايود ،
او اللقاح الكثیر القوى الذي يحوي المكورات البنية والمصيات القولونية
والمكورات المعوية والمكورات المتفودية والمكورات العقيدية ، او

تستعمل موضعياً رشاحة اللقاح (filtrat-vaccin) المحضرة في المخبر .

٢ - بالمطهرات (antiseptiques) ، وهي الادوية الموضعية (تامبون تيجينول) المستعملة مع التلقيح العام .

وهذان النوعان من المداواة يؤديان حتماً الى سير الالتهاب نحو الشفاء ، والى تغيير المقرزات السامة للفني تغييراً ملحوساً .

٣ - بالعوامل الطبيعية (agents physiques) كالاستحار (ديارمي) الذي يستعمل في جميع آفات الرحم والمبيض ، مقروناً بالتلقيح ، اذ كثيراً ما يؤدي الى سكون الألم وتوقف الالتهاب .

وكندوية عنق الرحم الكهربية (electro-coagulation) في جميع التهابات العنق الحادة والمزمنة ، حيث يسبب اختفاء المقرزات السامة للفني بسرعة ، كما انه يعطي نتائج حسنة في ضيق فوهة عنق الرحم الخارجية .

واما اذا نشأ العقم من تشوش في وظيفة الغدد الصم ، واخص بالذكور منها المبيض ، او من اضطراب في العادة الشهرية ، فيستعمل فيها الجرايين (folliculine) الموجود في التجارة بشكل حباب يحقن منها ٧ - ٨ حباب في العضل بمدة ١٢ - ١٤ يوماً قبل الحيض .

او تستعمل خلاصة فص النخامية الامامي المستخلصة من ابوال النساء اللواتي مضى على حملهن ثلاثة اشهر على الاقل ، اذ يحقن منها ٢ - ٣ حباب تحت الجلد بين اليوم العاشر واليوم الثالث عشر الذي يلي اول يوم من الحيض هذا وان رسل القصر الامامي للغدة النخامية تنظم افراز الطمث اذا كان مشوشاً وتظهره اذا كان مقطوعاً .

واذا كان سبب العقم عدم ملائمة تفاعل مفرزات المهبّل او الرحم للمني فيبدل التفاعل الى آخر ملائم ، فيحقن المهبّل بمحلول احدى المواد الحامضة كحامض البور ، ان كانت الحموضة هي الملائمة للمني ، او بمحلول احدى المواد القلوية ، كثنائي فوسفات الصودا ، ان كانت القلوية هي الملائمة للمني واذا احتاجت معالجة العقم الى توسط جراحي كتثيت الرحم (hysteropexie) او فتح النفير (salpingostomie) او تحرير النفير (salpingolysis) او عملية تصنيع (op . plastique) فيجرى ذلك في السرريات الولادية .

وليس احسن من نفخ النفير بمولّد الحموضة وتصوير الرحم والمبيض في نهاية المعالجات ، لما له من الفائدة الكبرى في التشخيص والمعالجة .

ونفخ النفير بمولّد الحموضة يجرى في الايام التي تلي الحيض ، فاذا كان منفيّاً تحت دريئة التصوير الشعاعي اجري حقن الزيت اليودي في اليوم الثاني عشر بعد بدء الحيض .

واخيراً يمكن اجراء التلقيح الاصطناعي (fécondation artificielle) بزرع الرحم بالمني في الزمن المناسب للاباضة ، وخاصة في الحالات التي اظهر فيها الفحص الشعاعي افتتاح النفير .



الشباب والاشباب

٨٠

للطيم شوكت موفق الشطي

في الطاعة والتعبد

يناقش في البحث السابق انه ليس في القرآن الكريم والاحاديث الشريفة ما يتعارض مع الاعتقاد بجواز تأخير الأجل بل ان المفسرين اجمعوا على ان الآيات الكريمة الواردة في صدد الأجل تدل على امكان جواز تأخيرها بالطاعة واستسجنا من ذلك ان الطاعة مدعاة الى تأخير الأجل، وغايتها في هذا البحث شرح اسباب ذلك من الوجهة الصحية . ونرى انه لا بد لنا من التذكير بدعائم الاسلام الخمس التي تكون انطلاقة باتباعها ثم نبحت عما له صلة منها بالصحة

بني الاسلام على خمس دعائم ، كل دعامة منها اساس ثابت لسعادة الدنيا وحسن ثواب الآخرة وعماد قويم لاصلاح المجتمع واسعاد بني . روى البخاري ومسلم عن ابن عمر رضي الله عنهما قال سمعت رسول الله صلى الله عليه وسلم يقول (بني الاسلام على خمس ، شهادة ان لا اله الا الله وان محمداً عبده ورسوله وإقام الصلاة وإيتاء الزكاة وصوم رمضان وحج البيت) فالدعامة الاولى الشهادتان وفيها اثر بالغ في تهذيب النفوس وتحرير العقول من رق الارهاق وبهما جمع القلوب على معبود واحد وتوجيه الوجوه الى قبة واحدة ولهذا التوحيد اثره في جمع الكلمة وتعاون بني الانسان وأرباب

مفروقون خير أم الله الواحد القهار ، وأما الدعامة الثانية فهي اقام الصلاة وذلك بإداء الصلوات الخمس في مواقيتها بمقامة الأركان مستكملة الشرائط ان في هذه العبادة ووسائلها من المنافع الصحية عدا المنافع المعنوية ما نسمى الى شرحه في هذا البحث .

والدعامة الثالثة ايتاء الزكاة وذلك باعطاء الاغنياء في كل عام مرة نصيباً من ما لهم لسد حاجة الفقراء والمساكين . والدعامة الرابعة صوم رمضان وذلك بالامساك عن الطعام والشراب والامتناع عن الشهوات شهراً في كل عام من قبل طلوع الفجر الى غروب الشمس والدعامة الخامسة حج البيت لمن استطاع اليه سبيلاً .

فضائل الصلوة الصالحة

لا تجوز الصلاة الا بعد التطهر بفصل لمن وجب عليه ذلك ووضوء قبل كل صلاة وفي ذلك حث الناس على الطهارة والنظافة وقد قرن سبحانه تعالى المتطهرين بحبه اذ قال عز وجل « ان الله يحب المتطهرين » وذلك اعلاء لشأن الطهارة وتنظيماً لها وقد جاء في مسند البزار ان النبي صلى الله عليه وسلم قال (ان الله طيب يحب الطيب ، نظيف يحب النظافة) .

التطهر بالفصل والوضوء

١ - التطهر بالفصل : الطهور مفتاح الصلاة ولا يجوز الا بقاء طهور لم تتغير احد اوصافه الثلاثة طعمه ولونه وريحه والفصل موجباتها الحيض والنفس والولادة والجنابة وله فرائض منها تعميم الجسد كله بالماء بحيث يجب

ايصال الماء الى كل ما يمكن الايصال اليه بلا حرج ويجب على المفلس ان يعم بالماء ما غار من جسده كعمق سرتة وموضع جرح برى غائراً ويجب ان يزيل كل حائل يمنع وصول الماء الى ما تحته كمجبن وشمع وقذى في المينين ومنها المضغمة والاستشاق وله سنن (١) ومستحبات فن سفته غسل اليدين الى الكوعين ثلاثاً وغسل الفرج وازالة النجاسة من البدن والوضوء قبل الفسل وتثليث غسل الاعضاء والدلك .

وللغسل انواع: مفروض كما ينال ومسنون كفسل الجمعة ولو لم يلزم والفسل للمدين ومندوب لمن لبس ثوباً جديداً ولمن قدم من سفر واستحاضة انقطع طمثها

٢- التطهر بالوضوء : الوضوء طهارة مائية تتعلق باعضاء مخصوصة بعضها يفسل وبعضها يمسح وهي الوجه واليدان والرأس والرجلان وكلها تفسل الا الرأس فانها تمسح لسترها غالباً فيشق غسلها والاصل في فرضيته للصلاة قوله تعالى : يا ايها الذين امنوا اذا قمتم الى الصلاة فاغسلوا وجوهكم وايديكم الى المرافق وامسحوا برؤوسكم وارجلكم الى الكعبين ، وللوضوء شروط منها عدم الحائل المانع من وصول الماء الى البشرة ومنه عماس العين والاساخ المتجمدة على العضو ومنها ان يكون الماء طهوراً وله فرائض منها غسل جميع الوجه بالماء من مبدأ شعر الرأس المعتاد الى آخر الذقن طولاً وما بين وتدي الاذنين عرضاً ، وغسل اليدين مع المرفقين وغسل ما تحت الاظافر الطويلة اذا طال الظفر فنطى رأس الاصبع فنع وصول الماء الى ما

تحت وجب غسل ما تحته بعد ازالة المانع ومسح الرأس وغسل الرجلين مع الكعنين مرة وله سنن منها تثليث الغسل بالماء الطهور ثلاثاً والمضمضة والاستنشاق (وهما عند الخنابلة فرض) والاستنثار بطرح الماء من الأنف بالنفس بعد الاستنشاق وذلك لطرد ما فيه من قذارة ومسح الأذنين ظاهراً وباطناً ومسح صمغ الأذنين (وعدهما الخنابلة فرضاً) وتجديد الماء لمسح الأذنين والاستنثار في ابتداء الوضوء وتحليل أصابع اليدين والرجلين وتحريك الخاتم حتى يصل الماء إلى ما تحته .

وله مندوبات وفضائل منها الجلوس في مكان مرتفع ثلاثاً يصيه رشاش الماء المستعمل وطهارة موضع الوضوء وعدم الاستمالة بغيره في تطهير أعضائه واغتراف الماء للمضمضة والاستنشاق باليد اليمنى والاستنثار باليد اليسرى .

فضائل الغسل والوضوء الصحيحة

يؤدي القيام بالغسل والوضوء من الوجهة الصحية إلى فوائد عديدة أهمها صحة الجلد ونظافته

الجلد وأهميته وصلة الغسل والوضوء في نظافته: (١) لا ينبغي أن الجلد درع البدن التين يدرأ عنه شر كثير من الموامل الخارجية والطوارئ المختلفة خلا ما فيه من الوظائف الهامة كتتنظيم الحرارة البدنية ومعوثة أعضاء الإفراغ بمروقه الدقاق وكثرة مسامه المنتشرة في كل نقطة منه وهو مقر الحس

(١) نقل أكثر ما ورد في هذا البحث وما يليه عن كتاب فن الصحة مؤلفه الزميل الفاضل

الامتياز حمدي بك الجباط

واللهس ومعرض لانعكاسات كثيرة في البدن ومظهر من مظاهر
الاضغاث العصبية الروحية في الانسان ومسرح من مسارح الجمال
ايضاً. ولا يخفى ان الجلد لا يمكنه ان يقوم بوظائفه المذكورة بحق ما لم
يكن تقيماً مفتوح المسام حرماً فالظافة اذن اس الصحة الجلدية كما
انها اساس الوقاية مطلقاً اذ بها يتقي المرء شر كثيراً من الجرائم وبها يقوى
البدن اجمالاً وينشط لاعماله ووظائفه والنظافة مطلقاً امر حسن . اي هي
حسنة في كل مكان وزمان كما هي شرط هام في سلامة الجلد وصيانة البدن
والجلد اثر كبير في وقاية البدن وصيائه كما ان له وظائف شتى جليلة
الشأن في سلامة سائر الاعضاء الرئيسة في الجسم وحسن سيرها ونشاطها
فهو بالنظر لمقاومة بشرته وطلائه بالمواد الدهنية يحفظ البدن ويقيه من
الطوارئ المختلفة من لية او حيوية (جراثيم) وبما ينفضج منه من العرق
في الحرارة المرتفعة ومن تبخر ذلك يحمل حرارة البدن في حد ثابت ومستظم
ويدفع عن البدن شر زيادتها وهو بهذا العرق يدفع كثيراً من المواد السامة
فيعين الكلية في وظيفتها . وبواسطة مسامه المدبدة ، منافذ العرق والدهن
يساعد التنفس الرئوي . وبمروره البقايا الكثيرة يسهل انتظام دوران الدم
ومبادلة الاغذية ، ولما فيه من الماحذ الحسية يحمل البدن على اتصال بما يحيط
به من الاشياء بالمس وحس الحرارة والالام ، وكثيراً ما يكون مرآة الباطن
بما يظهره في بعض الامراض من المندفعات الجلدية المختلفة او يكون نقطة
انتخاب في تطبيق بعض الادوية او واسطة لجني بعض الفوائد العظيمة ، في
كثير من الاحيان ، بواسطة المداواة المائية وما اشبه ذلك . ومن هذه المقدمة

الموجزة تعرف أهمية الجلد ومبلغ ما ينبغي له من العناية والمداواة بالنظافة والا كان عرضة لتلبسه ببطقة لا يستهان بها من الاقدار تتكون من تراكم غبار الهواء وهباء الالبسة من الخارج ومما ينضم اليها من سطحه من الخلايا القرنية المتوسفة وبقايا المرق والمواد الدهنية بمد تجر مأثها وزواله . وهذه الطبقة قد تسد تلك المسام الجلدية فتعوق وظائفه المذكورة جميعاً وتضر بالبدن كله ضرراً اكيداً خلا ما يحدث بسبب تلك الاقدار نفسها من تحديش الجلد وحصول الحكة فالالتهاب ، وانتشار الروائح الكريهة لاختيارها بتأثير بعض جرائم الجلد الكثيرة ، تلك الرائحة التي لا يخفيها تأنق ولا ترين ، بل تفضح القدر وتدل عليه لأول وهلة ، لا سيما في الاوقات الحارة والجماع الكثيرة القدرة . وليس هناك ما يحفظ للجلد روثه وصحته ولا ما يدركه عنه شر تلك الوبيلات ويعد اليه نشاطه لاداء وظائفه بحق الانظافة .

والقاعدة العامة في سلامة البدن من هذه المضرة هي النظافة بالفعل او الاغتسال يومياً — ان امكن ذلك — بافاضة الماء على البدن كله وان لم يمكن هذا ، ففسل ما ظهر منه دائماً وكان عرضة للتقذر او التلوث كثيراً كاليدين والوجه ، او كان عرضة للتمطن بمفرزاته كالارجل . وما اعظم فائدة ذلك لو كرر مراراً في اليوم لما يعرف من ان هذا الفسل لا تقتصر فائدته على نظافة الجلد ونشاطه فحسب ، بل يكون داعياً الى نشاط الجسد كله لدعوته الدم الى هذه الاقسام المتسولة وبذلك ينبه الدوران ويخفف احتقان الجملة المعصية المركزية فينبها وفي ذلك ما فيه من الفائدة والنشاط سيما في المشغلين بافكارهم خاصة ويزيد كذلك في نشاط الجسم كله وانشرحه

للمعمل الفكري والبدني بما يفعله في عون الرئة والقلب في اتيان وظائفهما
وفي نشاط الاعتناء ايضاً

يناقش في البحث السابق ان الاسلام يحتم على المتدين به ان يتوضأ للصلاة
الحس يومياً على النحو الذي ذكرناه في اوقات مختلفة كما انه يحتم عليه الغسل
العام في كثير من الاحوال اقلها مرة في الاسبوع وقد صح عن البزار (ان
لله حقاً على كل مسلم ان يغتسل في كل سبعة ايام) وصح عن ابي سعيد الخدري
رضي الله تعالى عنه ان رسول الله صلى الله عليه وسلم قال (غسل الجمعة
واجب على كل محتلم) وعن الحسن بن سبرة قال رسول الله صلى الله عليه
وسلم (من توضأ يوم الجمعة فيها ونعمت ومن اغتسل فالغسل افضل)

ولا تقتصر عناية الاسلام بالنظافة بهذا الحد فحسب ، بل يتطلبها في
جميع نواحي البدن واللباس والمكان ، اذ لا تجوز الصلاة الا بوجود الطهارة
في ذلك كله ، وفي كل صلاة ولا تجوز هذه الطهارة الا بماء نقي طهور غير
نجس ولا مستعمل ولا متغير في احدى صفاته الثلاث كما سبق

ولقد رأينا من بحث الغسل انه افاضة الماء على البدن كله فالغسل
والوضوء اقصى ما يطلبه القواعد الصحية في نظافة الجسد . فبالوضوء الذي
امر الله عز وجل به الانسان تجميل مواطن فطر الخلق بإزالة ما اصاب اعضاء
الوضوء من ملامسة الاشياء ومما يحمله الهواء من التراب وتخرج المسام من
المرق وتفدغه المنافذ من الاقدار وبه تغسل الايدي مراراً في اليوم
والايدي ممرضة للتلوث اكثر من غيرها لانها واسطة الاخذ والتناول
واللمس واداة العمل اجمالاً . وتقضي سنن الوضوء على نحو ما اوردنا بملاحظة

تفاريح اليد وافواها والاظافر ونقها وهو ما يترأكم تحتها من الاوساخ .
 بالوضوء تغسل الارجل مراراً في اليوم وغسلها واجب صحيحاً لانها
 تكون منحصرة في احذية مشبكة وعرضة للتمطن دائماً خاصة في الفصول
 الحارة، وتزال منها تلك المواد المفروزة من جلد الرجل ولا سيما الاصابع، باطنها
 وظاهرها، التي تتراكم تحت الاظافر او في تفاريح الاصابع غالباً ولا ينبغي
 ان هذه المواد ان اهملت في مكانها كانت بؤرة ضرر وكرهه لما ينجم عن
 تخريشها ذلك الجلد دونها، المتأين من العرق والافرازات ولما يحدث هنالك
 من الاختبارات المضوية التي تكون او تصير كريهة بدرجة لا تطاق .

وبالوضوء تتحقق نظافة الوجه والسمام ولا ينبغي ان الوجه اول ما يبدو
 للناظر من الجسد ويقال انه ما سمي وجهاً الا لذلك ولذا تجب العناية به كل
 الاعتناء بالدرجة الاولى وليس هنالك ما يحفظ جماله وصحته كالنظافة اذ بها
 ينتبه فيه دوران العروق الدقاق وتنفتح مسام جلده فينشط لتأدية وظيفته فيقوى
 ويترقق فيه ماء النضرة ويسطع منه نور البهاء والروتق وان اهل علته الدمامة
 والسكابة ويتسكأ في عمله وظائفه فترسم فيه الفضون (١) والصفاريط (٢)
 تلك الاساري (٣) التي تخطها يد السنين في صفحته عاجلاً كما تعلمها حوادث
 الدهر وشؤونه عادة ، ويدل تأثيرها فيه على مبلغها منه

ولما كان في الوجه بجمع اعظم الحواس كانت العناية به ادعى والزعم ولا سيما

(١) الفضون : جمع غضن وهو التجسد في الجلد او غيره (٢) الصفاريط جمع صفروط
 وهي تلك الكسور التي بين الحد والانب وعند المحاطين (٣) الاساري : جمع اسار وهي
 جمع سر او سرر الخط في الوجه والكف

تلك السمم المؤدية اليها او المحافظة لها ، ونظافتها لا تقل وجوباً عن نظافة جميع الاعضاء الظاهرة ، ان لم تكن اكثر ايضاً لانها عرضة للتلوث بالجراثيم دائماً لذا يقتضي لها عناية خاصة وهذا ما فرض او استن في الوضوء ب — نظافة الثم والاسنان و اثر الضل والوضوء في ذلك : تتم نظافة الثم بغسله والمضمضة (والمضمضة فرض عند الحنابلة) واهم ما في هذه النظافة ان يغسل الثم مراراً في اليوم وان يعضض في اوقات مختلفة من النهار وهذا ما ييسر للصلي خمس مرات في اليوم كما وانه ستن على المسلم الاستياك مراراً في اليوم وذلك تأميتاً للبالغة في نظافة هذا المضو الذي هو معد للغذاء ومبدأ انبوب الهضم . ولا تنحصر وظيفته في تهيئة اللقمة الطمائية فقط بل هو فوق ذلك مقر الذوق وموقع التكلم وقد يفيد في التنفس ايضاً . والثم عرضة لصولة كثير من الجراثيم لان اكثر ما يتاوله المرء من طعام وشراب وهواء مفعم بهذه الجراثيم او غني بها على الاقل وفي الوضوء وسننه كما ينال تتم نظافة الثم نظافة صارمة وبالاستياك تحفظ الاسنان . وحفظ الاسنان من اسمى الغايات الصحية لضرورتها فالصحة السليمة لا تنال بدون مزيد الاعتناء بالاسنان ولا يكون جسم الانسان صحيحاً معافى ما لم تكن اسنانه صحيحة اذ لا يخفى ان الاسنان اعضاء المضغ الهامة وذلك اول عمل اساسي من اعمال الهضم فاذا اختل اختل ما بعده حتماً والاسنان بلونها وانتظام رتلها من اهم اسباب الجمال في الثم وهي كذلك بتانتها وسلامتها تحفظ للفكين وضعهما الطيبي قيم بها جمال الوجه كله وهي بتامها وصحتها تجميل المنطق وتحسن اللفظ فملى سلامة هذه الدرر يتوقف حسن الهضم

وبصحتها يتم جمال الوجه والتم ويستقيم اللفظ ويغذب النطق والنظافة خير واسطة لحفظ الاسنان اجمالاً حتى انها لتقوي الضيف منها ، كما ان عفونة القم تضعف الصحيح . واعظم وسيلة لنظافة الاسنان الاستياك وهو احدى سنن الوضوء كما اسلفنا وكان النبي صلى الله عليه وسلم يحب السواك ويستاك مفطراً وصائماً وعند الانتباه من النوم وعند الوضوء وعند الصلاة وعند دخول المنزل ويحض عليه بالبلغ الفاظ الموم والشمول وفي الصحيحين (لو لا ان اشق على امتي لأمرتهم بالسواك عند كل صلاة وفي البخاري) (السواك مطهرة للقم مرضاة لله رب) والاحاديث فيه كثيرة وفيه عدة منافع

وللاستياك عند الانتباه من النوم فائدة كبيرة لان تكاثف اللعاب في القم اثناء النوم ولا سيما اذا كان الشخص عرضة لبقاء فمه مفتوحاً مدة طويلة او قصيرة اثناء ذلك يخدم الجراثيم ويسهل كثرتها في القم فمن الضروري رفعها عند القيام من النوم اذاً . وهذه هي السنة اذ من المتفق عليه ان الرسول صلى الله عليه وسلم كان اذا قام من الليل يشوص (١) فاه بالسواك

ج — نظافة الاذن والوضوء : من المعلوم ان الجلد في صماخ مجرى الاذن يبرز بعض مواد دسمة صفر اللون هي الاثف او الصلاخ (وسخ الاذن) وتشبه وظيفة هذه المادة وظيفة المخاط في الانف من ضبط الغبار والجراثيم التي تدخل بالهواء فتنتظفه غير انه ان اهملت في هذا المجرى تراكت وكونت مع ما يضاف اليها من الاقدار الخارجية سداة كبيرة قد تسد المجرى كله

وتسبب الصمم لحاملها فلذلك يجب عدم اهمالها . ولا يجوز ايضاً اهمال نظافة الاذن خارجاً ولا سيما الكفاف اي صيوان الاذن لان تلك الايمات (١) والفضون المنتشرة فيه يجتمع في وهادها كثير من غبار الهواء واقداره ولا سيما في الزوايا المنخفضة منها وهذا ما يدعو الوضوء الى ملاحظته فتظيفه

د — نظافة العينين والوضوء : لا جرم ان للعينين في الوجه المقام الاسمي وهما مصورتان بحصون طبيعية قوية كالحجاب والحواجب والاهداب والاجفان وما فيها من الدمع ذلك السائل المطهر الجزيل النفع . وكما ان العين باتزوائها بين حصونها هذه ، تكون مصونة من شر كثير من الطوارئ قد تكون بذلك عرضة لاجتماع كثير من الاقدار حولها بما يتراكم في زواياها من غبار الهواء وبقايا الدمع او بعض مفرزات العين التي تجتمع في الآفاق وتكون تلك المواد الخاصة المعروفة بالرمش او العمص والتي لا شك في انها ان اهملت كانت سبباً في تخريش تلك الناحية وبؤرة للاختار بتأثير تلك الجراثيم وكيناً لموامل الرمد المختلفة التي يجلبها الهواء او بعض الحشرات التي تستطيب ذلك من الاقدار كالذباب وفي ذلك ما فيه من الضرر والقدارة

ويكفي في نظافة العينين خارجاً نظافة الوجه اجمالاً بنفسه بالماء مع العناية بنظافة تلك الزوايا وهذا ما يتحقق بنسل الوجه حسب الطريقة المشروحة في مبحث الوضوء

هـ — نظافة الانف والوضوء : قلما تختلف نظافة النعم عما مر في الاذن ، لان وظيفة المخاط في هذا العضو المهم كوظيفة الانف في الاذن او اعم واكثر.

وترفع هذه المواد بالاستنشاق فالاستنشاق او المخط وهذا ما يدعو اليه الوضوء ويتم به. يتضح مما تقدم ان الفسل والوضوء يحفظان اقصى درجات النظافة الواجب اتباعها في نظافة الجلد والايدي ونظافة الوجه والقدم والانف والمينين والاذنين والرجلين وهذه النظافة اهم الاسس التي قال عنها الممرور الحبيرون من الاطباء بانها كانت وسيلة تمييزهم وسوف تأتي على غيرها من الاسس التي اقرها العلماء والتي تفرضها الطاعة في الاسلام.

و — فوائد الفسل العامة : ما الفسل الا استحمام ووسيلة لنظافة البدن
نظافة عامة ويكون بمياه باردة ودافئة وحارة

الفسل بالماء البارد : حرارة الماء فيه بين (١٥ - ٢٥) له فعل منه عام يخفض الحرارة ويمدل النبض والتنفس ويزيد في الاحتراقات الرئوية ويظهر اثره باديء ذي بدء برعشة ثم يبهت الجلد ويقشعر البدن ثم لا يلبث هذا كله ان يتبدل ، فيعود للجلد لونه وتقف الرعشة وتزداد سرعة النبض المتباطيء وينشط التنفس . واسباب ذلك هو ان حرارة الماء المنخفضة عن حرارة البدن تسبب تقبض العروق الدقاق المنتشرة في الجلد عند ما تصيبها وتسبب تلك الرعشة فيندفع ما فيها من الدم وهلة الى الداخل فيكثر العمل على القلب ، فيضطرب لذلك ويدفع ما فيه الى الرئة عاجلاً دون تهيمه لذلك فضطرب ولا تلبث ان تتأهب له بالسعة والنشاط . ثم تعود اعمالها واعمال القلب الى حال طبيعية ، اذا كان هذان المضوان سليمين ويجدان في العمل بحسب الطاقة ، مدة طويلة او قصيرة وعند الفراغ من الفسل يحس الشخص بحرارة عامة ويحمر الجلد ويتسع التنفس ويمتلئ النبض ، ويزداد نشاط

المضلات وقوتها ، كل ذلك من رد الفعل المفيد الذي يحدث اثناء هذا الاستحمام ويستمر فيما بعده . ويمكن تسهيل هذا الرد بذلك (١) الجلد او باتيان حركة ما رياضية خفيفة ، واحسنها الصلاة او مشي او ما شابه .

يحسن الاغتسال بالماء البارد للشبان والكهول الاصحاء فيفيدهم قوة ونشاطاً على انه يشترط ان لا تكون مدته طويلة اي دقيقتين او خمس او عشر دقائق لا اكثر وان يسبق بحركة معتدلة ويسبق بمثلها .

ولا يجوز الاغتسال بالماء البارد للمصبيين واصحاب الامراض القلبية والكلى والضغط الشرياني والاحتقانات الحشوية مطلقاً والتهئين للنزف او ثقب الدم وكذا الشيوخ (الا من اعتاد ذلك منهم) والاطفال المصبيين الغسل بالماء الدافئ : حرارة الماء بين (٢٥) و (٣٠) . تنقبض فيها المروق اولاً تقبضاً سريعاً وتلوه اتساع في المروق يمدد الدم ويخفض الضغط وينقص من عدد كرياتة البيض والحر ويخفف من قلوبته ويزيد نسبة الصفات الحامضية فيه فتزفع الحرارة ارتفاعاً لا يدرك الا باجهزة خاصة وتنقص خطربة المضلات ونشاط المبادلات التنفسية وينشط الاغتذاء وتخف الاضطرابات المعوية بهدوء الاعصاب

يوصى الاغتسال بالماء الدافئ للشبان والكهول اصحاب الامراض القلبية والمعية والكلى والمصابين بارتفاع الضغط الشرياني ، واصحاب الاحتقانات الحشوية والشيوخ والاطفال .

الغسل بالماء الحار : حرارة الماء بين (٣٥ و ٣٧) تنشط الدوران المحيطي

(١) ذلك اثناء الغسل من ستة عند الحنابة

بتوسيع المروق وخفض التوتر وهي مفيدة كواسطة لتنظافة لانها تلين
البشرة وتسهل زوال اقذارها

يوصى بها لمن تدعو صنمته الى كثرة التلوث بالاقدار او الى القادمين
من سفر ويجب الا تطول مدته بحيث لا تريد عن عشرين دقيقة والا
تكرر اكثر من مرة في الاسبوع

ز - فوائد الوضوء العامة: الوضوء غسل موضعي يوصى باستعمال الماء
البارد فيه ما لم تكن هنالك حالات مرضية تمنع ذلك كالتي ينهاها في فوائد
الاغتسال العامة فيرجع عنه حيثئذ الماء الدافئ

يفيد الوضوء (وهو غسل الاقسام المكشوفة) بالماء البارد فائدة لا تنقل
عن الفائدة التي ذكرناها في بحث فوائد الاغتسال لا بل هو اشد فائدة
صحية لتكرره وخفة الارتكاسات الناجمة عنه فيؤدي الوضوء بالماء البارد كما يننا
في بحث فوائد الغسل الى تقبض في المروق الدقاق يجعل المروق الشمرية
السطحية ضيقة حتى ان الجلد قد يبيض من ذلك وقد تنقلص العضلات
فيندفع الدم الى ارجاء الجسم العميقة ولا يلبث ان يظهر ارتكاس (رد
فعل) يبيد كل شيء الى حاله الطبيعية . تستفيد من ذلك الجملة الدورانية
فائدة عظيمة فيرتفع الضغط الدموي اولا وتزداد حركة القلب . ومتى
وقف التقلص العضلي في المحيط اعقب تقبض المروق تمددها فيعود
للجلد لونه وللضغط حاله الطبيعية السابقة ويزداد عدد الكريات الحمر
وتنشط المبادلات في الجسم وتقوى الحركات التنفسية فيزداد مقدار
الأكسجين الوارد وتكثر كمية حامض الفحم الصادر .

ويؤثر غسل الاقسام المكشوفة المعروفة بالوضوء تأثيراً عاماً فيغزر البول ويكثر معه افراغ السموم وتزداد الشهية الى الطعام وينشط الهضم وتزداد اكثر المفرغات وتنبه الجملة العصبية وينتج من الارتكاس البادى بالجلد نشاطاً عاماً وذلك بتنبه الاعصاب الجلدية والاعصاب المحركة وباتصال هذا التنبه الى جملة الاعصاب الودية والرئوية المعدية ومنها الى جميع الاعضاء والعدد .



مطبوعات حديثة

السل وعلاجه

لمؤلفه الدكتور فليب الشديق

ان من يطالع هذا السفر الجليل يكبر الجهود الجبارة التي صرفها المؤلف
 التقدير في وضع كتابه ويشكره الشكر الجزيل على اتحاف خزان اللغة
 العربية بهذه القلادة الثمينة التي كانت خلواً منها قبله . فقد ألمَّ المؤلف
 بالموضوع من ألقه الى يائه وبحث في عصية السل وطرق مقاومتها ، والسل
 الرثوي ومراحله الثلاث وانواع السل في اعضاء البدن الاخرى . وتكلم
 عن تأثير الاقليم في هذا الداء الجارف واسهب في المعالجة حتى لم يترك شاردة
 الا اتى بها . فجاء كتابه شاملاً جامعاً يستطيع من يطالعها ان يقف على جميع
 ما قيل في هذا الموضوع مستفيداً به عن مطالعة المؤلفات العربية التي مع
 كثرة عددها لم تلمَّ بهذا الموضوع من جميع نواحيه .

وقد طبع الكتاب طبعاً متقناً ووقع في ٣٣٦ صفحة من قطع الثمن
 الكبير وزين برسوم عديدة بديعة ، وكتب بلغة فصحي لا تشوبها شائبة
 حتى ان من يطالعها يشعر انه بازاء كاتب بليغ ملك ناصية اللغة فاطاعته متفاداة اليه
 واذا شئنا ان نظهر ما في هذا المؤلف من محاسن وما في ابحاثه من علم
 وما في لغته من طلاوة طال بنا الكلام فعلى من يرغب في الاستفادة ان يقتنيه
 ويزين به خزائنه كتب

وبما ان تقرير الكتب يتألف من شقين يظهر المقرظ في الشق الاول منهما ما وآه في الكتاب الذي يقرظه من فوائد ومحاسن ويبين في الشق الثاني مبادله فيه من امور تخالف اراءه او تنافي مقررات العلم الحاضر وغبتي في ابداء بعض الملاحظات راجياً من حضرة الزميل الفاضل الا يحمل كلامي محمل النقد فاتي لا اتوخى مما اكتب الا تمحيص الحقائق والتنبيه الى امور اظنها هفوات وقد اكون مخطئاً بها لان غايتي ، والله اعلم بالنوايا ، ان يكون هذا المؤلف العربي البديع خالياً من كل شائبة وبسيذاً عن كل هفوة وخطأ.

ذكر المؤلف في بحث العدوى ان الملامسة والاقتراب من المسلول خطر اكيد وان الجرثوم يعيش زمناً طويلاً حتى في نور الشمس مع ان الامر كما يؤكد اكثر المؤلفين في يومنا على غير ذلك فان السراية بعد الطفولة نادرة وليس السل بعدها الا استيقاظ البؤرة الكامنة منذ الطفولة . ولهذا الامر شأنه الكبير على ما نرى وتأثيره الفعال في المجتمع فاذا ما زرعنا في عقول اهل المريض هذا المبدأ وحذرناهم هذا التحذير الخفيف اضررتنا بالمريض وصرفناهم عن جادة الصواب لانهم متى تصوروا ان مريضهم المسلول بؤرة خطر عليهم وعلى من يقترب منه اجتنبوه واهملوه وتحاشوا عنه ولم يخف عليه تصرفهم فيدب اليأس في قلبه وقد يفضي به الامر الى الانتحار مع ان اراء الاختصاصيين في يومنا تنافي ذلك والقاء نظرة على الازواج الذين عاشوا ردىاً من الزمن عيشة زوجية وظلوا في حرز حرز من الاصابة بالسل فلم يعد احدهم الآخر كافٍ لتأييد هذا الرأي . فقد دلت الاحصاءات الدقيقة ان العدوى بين الازواج لا تتعدى ٣,٥ في المائة

فكيف نميز لانفسنا بعد هذا وبعد ان نرى اطباء المصحات والمرضى والمرضات الذي يقضون معظم حياتهم فيها ولا يصابون بالسل ان نبشر بهذا المبدأ ونلقي الرعب في قلوب الناس ونخيفهم من عدوى هذا الداء الشديدة . واتي اذهب في بحبي الى ابعد من ذلك فاقول اتا جميعاً عائشون في بيئة موبوءة بالسل وبين اشخاص يجهلون انهم مسلولون بينهم البائع المتجول والطاهي والصانع ولا يصاب منا به الا عدد ضئيل مع ان اسباب العدوى متوفرة وكثيرة ولو ان ملامسة المسلول والاقتراب منه يغفلان الداء لما سلم شخص من غائلته . فالعدوى شديدة وخطرة في الطفولة واذا نجح الطفل المسلول من اصابته الاولى انقلب سله بوثة كامنة متتهراً الفرصة في سن الشباب والكهولة ليستيقظ ويبدو بشكل السل العادي فالعدوى بعد الطفولة داخلية ويندر ان تكون خارجية .

ويقول المؤلف في وراثة السل انه يتقل دائماً بدخول الحمة الراححة من خلال المشيمة الى الجنين مع ان اكثر المؤلفين يدون هذا الشكل من وراثة السل نادرة والطفل في حالة كهذه لا يعيش . واما انتقال السل الى الاطفال المولودين من اباء مسلولين فيتم بعد الولادة . ومكافحة هذا الداء في بلدان العالم تقوم بابعاد الطفل عن ذويه وقد نتج عن هذه التدابير ان العدوى قلت كثيراً بين الولدان يد انها لا تزال كثيرة حيث لا تراعى هذه القواعد فلو كانت العدوى تتقل من خلال المشيمة كما يدعي المؤلف لما كان لهذا النوع من المكافحة اقل تأثير في وقاية الاطفال المولودين من اباء مسلولين .

واقصر المؤلف في وصف سير السل على شكل سريري واحد هو السل الرئوي المعتاد (pulmonaire commune) وغير نكبر ان هذا الشكل اكثر ما يصادفه الطبيب غير انه لا يجوز لنا البتة ان نهمل اشكالا اخرى عديدة هي اشد خطراً على المجتمع من هذا الشكل الذي يستطيع حتى غير الاطباء من الناس تشخيصه بسهولة يد ان تلك اصعب تشخيصاً ولا يتجنبها الناس لجلهم اياها نمني بها الاشكال المزمنة القصبية اللبية حيث ينث المريض جراثيم المرض وذووه ومن يخاطونه غافلون عنه وقد حداني الى ابداء هذه الملاحظة ذكر المؤلف لاشكال السل حتى النادرة : كسل الجلد والقلب والعين والاذن والخصية . مع ان بعضها يتعذر تشخيصه وليس في ذكره اقل فائدة عملية للعامة يد ان السل الرئوي احدى بالدرس المسهب لانه الوباء الاجتماعي الجارف .

واجاز المؤلف اسقاط الجنين في المرأة المسولة مع ان المؤلفين لم يتفقوا على مثل هذا التدبير بل ان اكثرهم يحرمه مشيراً بالرقابة المسلحة وباجراء الریح الصدرية قبل الولادة او اثناء الحمل وممتناً عن احداث الاجهاض المنهك الذي يعرض المرأة لخطر العفوات والنزوف .

ويطلب المؤلف تأليف مجالس طبية في حكومات الشرق الادنى تقضي بتعميق الانثى المسولة ! للمعري ان في هذا الاقتراح ما يدعو الى القزابة يجوز لنا اقتراح مثل هذا الجرم الاجتماعي ؟ وهل ما يبوره والحالة كما ذكرنا عن ندرة الوراثة في السل ؟ ثم ان البلاد القرية التي تقتني ائرها بعد ان سبقتنا في مضمار العلوم لم تقرر مثل هذا التدبير الذي يخالف القوانين العادلة

واتي اكرر هنا ما قلته في صدر هذا البحث وهو ان القلو في ذكر
عدوى السل وتخويف الناس من سرايته ووراثته قد يقضي الى عكس
ما نتوخاه من مكلفته بطرق معقولة مشروعة حكيمة وينقلب ذعراً
ورعباً وابتعاداً عن المريض الذي يرغب الزميل الفاضل في الحكم عليه وعلى
ذويه حكماً جازماً لا مبرر له .

ويقول المؤلف ان السلعة الجحوظية (اي الفواتر) التي تتصف بزيادة
مفرزات الدرق تخفف وتمنع اعراض السل مع ان الامر على عكس ذلك
فان زيادة مفرزات الدرق تذكى سير السل وتجعله خطراً وقد ترافق سلعة
جحوظية سير السل السريري فتعزى الى تخريش الليفات السلية
للغدة الدرقية .

وقد تساءلت حين طالمت الفصل الخاص بسل الغدة النخامية ونظائر
الدرق والغدة الصنوبرية والغدة التوتية عن وسائل التشخيص في مثل هذه
الحالات وعن اعراضها ومعالجاتها ونتائجها وبعضها لا يكاد يدرك بالتشريح
المرضي وعن الفائدة العملية من وصف هذه الاشكال .

ويقول المؤلف ان المهور (المصاب بالهر او الربو) تندرج اصابته بالسل
وقد سها عنه ان السل هو احد اسباب الهر ولا سيما الشكل الليفى منه اي ان
الهر كثيراً ما يكون عرضاً لسل ليفى كامن .

ويقول اخيراً في بحث المداواة ان السل المعوي يضاد استطباب الريح
الصدرية مع ان شغله السل المعوي كثير الحدوث بعد معالجة الرئة المريضة
بالريح الصدرية

هذا ما بدا لي من الملاحظات بعد مطالعة هذا المؤلف الماتع وقد رغبت في لفت انظار الزميل القدير الى هذه الهئات حتى اذا شاركني رأيي فيها عدلها في طبعته الثانية

ولا تستحق هذه الهئات ان تدعى هفوات فهي اختلافات آراء يحسب المؤلفين تتبدل بتبدل الاشخاص والازمنة، والمؤلف حر باتباع ما يوافق رأيه منها غير انه اذا اتبع السائد من الآراء كان اقرب الى مجازاة الرأي العام واتي في الختام اوجه الى الزميل النشط تهنئي الصادقة بهذا المؤلف الثمين واحث الطلبة والزملاء الافاضل على اقتنائه راجياً ان يكثر اطباؤنا العرب من مثل هذه المتوجات المفيدة التي تزيد في ثروة خزائن الكتب العربية .

الدكتور

بشير المظمه



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في شباط سنة ١٩٣٩ م . الموافق لثني الحجة سنة ١٣٥٧ هـ .

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

• جلسة الثلاثاء في ١٠ كانون الثاني سنة ١٩٣٩

قرئت فيها التقارير التالية :

١ — الملاء رايو وعزة مريدن وصلاح الدين سبيح - حادثة سهام وتناذر

آرن دوشان : هي حادثة مريض دخل المستشفى العام لضمور عضلي في
الاطراف العلوية والسفلية .

وقد بدأ ضمور الطرفين العلويين بتناذر آرن دوشان ودلت معاينة
المريض انه مصاب بالسهم . واجتماع هذين المرضين امر نادر

الناقشة : العليم حسني سبيح

٢ — المليان مرشد خاطر وشوكة القنوازي - حادثة التهاب وريد ازرق : هي

حادثة مريض دخل المستشفى العام مصاباً بكسر الحوض العمود وبكسرين
في نهايتي الكعبتين السفليتين وبرض الاحليل الذي نجم عنه اسر (انجاس

بول) ثم وقد اسعف المريض بخزع مثاته ورد كسوره وتثيتها فبدت في طرفه السفلي الايسر في اليوم الرابع اعراض دالة على التهاب الوريد تراقها. اعراض غضرفية ناجمة عن تشنج الشريان المرافق او بعبارة اخرى ما يسمونه التهاب الوريد الازرق وقد بتر طرفه واثبت البتر هذا التشخيص. وهي الحادثة الاولى التي يصادفها المؤلفان بعد ممارسة جراحية لا تقل عن ٢٨ سنة

الناقشة: العلماء شابو، لوسر كل، مرشد خاطر

٣ — للعلماء قناتي ونصار وشوري — ثلاث مشاهدات عن جراحة الاعصاب:

استؤصلت في الحادثة الاولى الضفيرة بين الحرقنتين لمريضة مصابة بسرطان منتشر في عنق الرحم لا حيلة للجراحة فيه تخفيفاً لآلامها الحوضية الممضة وفي الحادثة الثانية استؤصلت ثلاث عقد من السلسلة الودية القطنية في اليمن وبعد تسعة ايام استؤصلت ثلاث عقد ايضاً في اليسار لشخص مصاب بسرطان المستقيم كان قد ادمن المورفين لشدة آلامه فزال آلامه بتاتاً بعد العملية وترك المورفين جانباً

والحادثة الثالثة هي استئصال الودي حول الشريان القغذي لمريض كان مصاباً بشفرفية الاصبع الثالثة من القدم اليمنى فبدت الحرارة في طرفه بعد برودته وزالت الشفرفية واندمل جرحه.

فالحدثان الاولى والثانية هما جراحة الألم والحادثة الثالثة هي معالجة فقر الدم الموضعي بالتأثير في الغمد الودي.

والجراح في هذه الحوادث الثلاث هو العليم لوسر كل

٤ — العليم شابو: مقترحاته الجديدة بمناسبة استلامه مهام امانة السر العامة

وتتلخص بطبع اعمال الجمعية عن السنين الاربع الماضية في كتاب خاص
ثم طبع اعمال الجمعية في آخر كل سنة في كراس يصدر باللغتين العربية والفرنسية
وبرجائه من اعضاء الجمعية ان يدون كل منهم مناقشاته يده ويسلمها لأمين
السر العام لتعلن خلاصة الجلسات كما هي . وقد انتخبت لجنة لدروس الالاتراح
الاول

٢٠٠ خ .



سهام و تناذر آران دوشان

(Tabès et syndrome d' Aran-Duchenne)

للطباء: تراوي ومريدن وصالح الدين سبوح

مريض عمره ٢٤ سنة دخل المستشفى لضمور عضلي في الاطراف الاربعة العلويين والسفليين وقد بدأ ضمور الطرفين العلويين بتناذر آران دوشان ، واطهر فحص المريض انه مصاب بالسهم . وبما ان اجتماع هذين المرضين أمر نادر رغبتا في تقديم هذه الملاحظة لكم لما فيها من الفائدة

احمد بن محمود من مدينة يافا دخل المستشفى العام في اليوم الثاني من شهر كانون الاول سنة ١٩٣٨ . اصيب مرتين بالسيلان وابتلي ايضاً بقرحة صلبة لا تزال نديتها ظاهرة منذ ٨ سنوات وقد عالجها بمحقن الوريد بالتوفار وكرر هذه المعالجة مرة ثانية بعد ستة .

وقد استلقت حالة الاطراف انظارنا في البدء : ففي الطرفين السفليين ضمور في القدمين : في العضلات الصغيرة الظهرية والاحصية مع فقد (équinisme) فلجي اكثر وضوحاً في اليمين، واليدان مسطحتان والعضلات ما بين العظام والضرة والآلية (thénar et hypothénar) ضامرة لها وجملة اليد كيد القرد

وظهر بالفحص العام ان المنعكس الدائري (وتر آشيل) زائل وان المنعكسات الداغصية ناقصة وعلامة رومبرغ ايجابية مع كسل شديد في

المنعكسات الحدية بإزاء التور .

تفاعل واسرمان سلمي في الدم ، التفاعل الجاوي القروي إيجابي خفيف في السائل الدماغي الشوكي وفي المنطقة الافرنجية ، الحسيات سالمة كلها : اللس والوخز والحرارة والبرودة ، ولكن المطابقة في الطرفين السفليين وبحركة وضع المقب على الركبة مضطربة . وكذلك المشي فهو مضطرب بدون ان تكون فيه صفة الجنب .

فالمريض مصاب بالسهم البادئ وبالضصور العضلي في النهايات الناجم عنه تناذر آران دوشان المضاعف في الطرفين العلويين .

قد يرافق فلج الاعصاب التحفية السهم ، وقد يحادف فالج شقي مرافق للسهم ايضاً ويكون النالج آتئذٍ ناجماً عن اصابة الدماغ .

ان تناذر آران دوشان قد يحدث من اصابة المصبيين المتوسط والزندي في آفات الجذور الخلفية ، هذه الآفات التي قد تحدث السهم ايضاً لان السبب في الحادثتين داء الافرنج ، ولكن ساحات المصبيين المتوسط والزندي لم تكن مصابة في مريضنا اذ لم يظهر في المريض اقل اضطراب حسي . رغم اخفاء التقلصات اللبيفة ويهب بنا ذلك لان تنسب تناذر آران دوشان الى آفة في القرون الامامية تالية لالتهاب النخاع وهي آفة نادرة في السهم . وهذه الصفة الخاصة هي التي استحققت عندنا ان نوجه انظاركم وانظارنا اليها .

الناقشة - العلي حسي سبح : ان اجتماع تناذر آران دوشان والسهم

ليس نادراً ويدل على زهري نخاعي وقد ذكرته المؤلفات خلافاً لما ذكره الزملاء أصحاب المشاهدة . وقد جاء ذكره في الجزء الاول من مؤلفي « علم الامراض الباطنة » المطبوع منذ ثلاث سنوات . وارجح ان هذا التناذر يشير الى اصابة العليل بالافرنجي النخاعي فالمرضى مصاب بالسهم وبالافرنجي النخاعي فقط .



حادثة التهاب وريد أزرق

(Un cas de phlébite bleue)

للعلمين مرشد خاطر وشوكة الفتواي

لما كان التهاب الوريد الأزرق آفة نادرة وكان الحظ قد اسعدنا بمصادفة حادثة منها في المستشفى العام بدمشق رغبتا في نقلها الى الجمعية الطبية الجراحية لما فيها من الفائدة . واتنا مع سردنا لهذه المشاهدة نلفت الانظار الى الصفات التي يمتاز بها هذا الالتهاب الأزرق عن اخيه الالتهاب الابيض وعن الآفات الاخرى التي قد تلتبس به .

المشاهدة : في الساعة الحادية والعشرين من اليوم الثالث من تشرين الاول ١٩٣٨ نقل المدعو تيسير بن محي الدين الى المستشفى العام في عقب حادثة سيارة وقعت في السادسة عشرة من اليوم نفسه وبعد ان عاينه معاود شعبة الجراحة وراقبه بضع ساعات ورأى في حوضه علامات دالة على الكسر وفي الثلث السفلي من ساعديه تشوها دالاً على كسر نهايتي الكعبتين السفليتين وفي حذاءه احليله كدمة متسعة ناجمة عن كسر حوضته وبعد ان لاحظ اسرا (اي انحباس بول) تامساً في المريض وجرب التشطرة فغابت تجربته دعا احدهما الى اسعاف الجريح وخزعه مثانته وتفجيرها .

جئنا المستشفى في الساعة الثانية من صباح اليوم الرابع اي بعد دخول المريض بخمس ساعات فرأينا شاباً في العشرين من سنه قوي الجسم بدنأً عاينه فرأينا في حذاءه عظمي المرقعيتين كدمات واسعة ناجمة عن كسر

الحوض المصاب به الذي اثبتته الرسم الشعاعي حيث بدا في اليمين كسر عمود قد فصل عظمي العانة والورك ماراً قريباً من الحق وفي اليسار كسر آخر فصل عظم العانة وبدلاً له سالحاً منه شظية صغيرة ويرجع ان هذا الكسر الاخير او الكسرين معاً قد رشا الاحليل وحالا دون القنطرة . وقد رأينا ايضاً في حذاء جذر القضيب على الاحليل الخلفي كدمة ناجمة عن كسر الحوض الآنف الذكر . ووجدنا في نهايتي الساعدين السفليتين بعض التشوه وتقطعتين مؤلتين دالتين على كسر نهايتي الكعبرتين في اليمين واليسار وقد اثبت الرسم الشعاعي هذين الكسرين . وكانت المثانة ملاءى بالبول ومتوسمة توسماً كبيراً فجرنا القنطرة لافراغها فلم ننجح فخرزنا مثنته وفجرناها فوق العانة وثبتنا حوضه برباط جسد واجريتنا تمديداً متواصلاً على طرفيه السفليين ورد كسرا كعبرتيه وثبتنا في جهازين جبيين .

مرت الايام الثلاثة الاولى فلم يطرأ اقل عارض او اختلاط على المريض كانت حرارته في اثنائها بين ٣٧ و ٣٧,٣ ونبضه ٨٥ . وفي صباح اليوم الرابع اي في ٧ تشرين الأول ارتفعت حرارته فجأة الى ٣٩ وبلغ نبضه ١٢٠ وشكاً المأ مبرحاً في طرفه السفلي الأيسر منتشراً منذ جذره حتى نهايته بدون ان يكون له مقر معين قزع التمديد المتواصل عنه ظاناً ان الالم ناشئ منه وانخفضت حرارة القدم فبدت باردة جداً بالنسبة الى الطرف المقابل الذي كانت حرارته مناسبة لحرارة الجسد العامة العالية واصطبغت اصابع القدم بلون بنفسجي وبدت ترخمت في اسفل الساق وكان الجلد بينها شاحباً واصيب الطرف حيثئذ بمجزئ تام وضعف الحس فيه حتى ان المريض

لم يكن قادراً على تحريك أصابعه . ولم تبد اقل وذمة او انتباج ولم يشعر منذ تلك الساعة بنبضات الشرايين « الظنبوي الخلفي والظنبوي الامامي والمأبضي والقدمي » ولم تهر التموجات في اساق او الفخذ للألم الذي كان مبرحاً .

فزعنا التمديد المتواصل ولقننا الطرف بطبقة كثيفة من القطن وثبناه في ميزابة ييكل وحقنا عضلات المريض بموسعات المروق (الانجيوكسيل) حباتين في اليوم . وقد اخترنا هذا الموسع مع ان غيرنا قد استعمل الآساتيل كولين فلم تثمر هذه المعالجة ولم تحسن الاعراض العامة والموضعية اقل تحسن بل انها على العكس من ذلك اخذت تشتد فالحرارة ظلت متموجة بين ٣٩ و ٤٠ و النبض بين ١٢٠ و ١٣٠ وشح لون المريض واعتراه ضمير وكان العرق البارد يبلل وجهه وازدادت برودة الطرف فبعد ان كانت منحصرة في القدم عمت الساق والفخذ وانتشع لون الاصابع البنفسجي وانتشرت الترخمات حتى منتصف الفخذ وبدت فقاعات ملاءي بمصل دمى ماتت البشرة في حداثها وانطرحت تاركة ادمة معراة في بقع واسعة من الطرف وظهر اخيراً عند الثلث العلوي من الفخذ حد واضح يفصل الجزء السليم عن المريض كان الطرف فوقه طبيعي اللون ومنظر ما تحته شبيهاً بمنظر طرف مصاب بالغرغرية . اما الذمة فلم تبد مطلقاً ولم تظهر في الطرف اقل فرقة غازية ولا اقل رائحة تنه على الرغم من السطوح العارية الواسعة فيه . ولم يكن اللون البنفسجي متجانساً وشاملاً بل ان ترخمات كانت مرتسة على وجه الطرف العلوي كما على وجه السفلي فصلها جلد يخيّل انه سليم لو لا بعض الشحوب فيه .

كل هذا دعانا الى نفي الضغينة الغازية والغضبية بصامة في الشريان القحذي حيث البدء القحاضي بالالتم المبرح وزوال النبضات الشريانية وهبوط الضغط الشرياني وبرودة الطرف والعجز الوظيفي واختلال الحس كل هذا واحد في كلتا الآفتين . غير ان لون الجلد الشمعي في الناحية الواقعة تحت الصامة كثير الحدوث في انسداد الشريان بالصامة خلافاً لما في مشاهدتنا واذا ازرققت النهايات في الصامة الشريانية، وازرقاقها نادر، فلا تبدو الترخمات التي كانت واضحة كل الوضوح في مريضنا .

فاستناداً الى ما تقدم طرحنا جانباً الصامة الشريانية واولينا وجهنا شطر التهاب الوريد الازرق وبما ان موسعات الاوعية لم تغض الى تحسين الحالة المرضية وبما ان حالة المريض العامة كانت تسوء الساعة بعد الساعة قررنا بتر الطرف واجريناه في ٦ تشرين الاول ١٩٣٨ في الثلث العلوي من القحذ وهذه هي النهاية التي افضى اليها مريضاً غراغوار وبانزي . فجاء البتر مثبناً للتشخيص فان الشريان القحذي كان متقهماً في حذاء الخثرة الوريدية حتى ان قطره لم يكن يعادل نصف قطره الطبيعي وكانت نبضاته خفيفة لا يكاد يشعر بها والخثرة في الوريد والتشنج في الشريان التاجم عن ارتكاسه بازاء الالتهاب المنتشر اليه من الوريد هما علامتان التشريحيتان المرضيتان اللتان يمتاز بهما التهاب الوريد الازرق . فاذا كان التهاب الوريد الابيض مرضاً متصفاً بانسداد الوريد فان التهاب الوريد الازرق يمتاز تشريحياً بانسداد الوريد وتشنج الشريان المرافق تشنجاً قد يفضي الى انسداد فلا عجب اذا ما زيدت في هذا الالتهاب الازرق اعراض مماثلة لأعراض الغضبية بفقر

الدم الموضعي على التهاب الوريد الابيض واذا ما كان هذا الالتهاب الازرق اشد خطراً على الطرف وعلى الحياة ايضاً .

اما توابع العملية فكانت عادية بعد بتر الطرف فقد نجا المريض من الموت وترك المستشفى معافى .

اتنا رغبتنا في تقديم هذه المشاهدة للامور التالية :

- ١ - لأن التهاب الوريد الازرق آفة نادرة وهي المشاهدة الاولى التي صادفناها في سياق ممارستنا الجراحية التي لا تقل عن ٢٨ سنة.
- ٢ - لأن هذه المشاهدة كانت نموذجية فقد بدأت بألم مبرح منتشر في الطرف تلتها برودة وزوال النبض الشرياني ولون بنفسجي وريجات ولان الوذمة لم تبد فيها مطلقاً، والوذمة في التهاب الوريد الازرق قد تغيب بتاتاً كما في مشاهدة كادنه ومشاهدتنا او يتأخر ظهورها او انها تبكر في الظهور كما في بعض من المشاهدات الاخرى خلافاً لما هي عليه في التهاب الوريد الابيض حيث تبكر في الظهور . ولأن تشنج الشريان كان واضحاً فيها كل الوضوح الى جانب الوريد المسدود بالثرة .

الناقشة : السيم شاو : لهذه المشاهدة فائدة كبيرة فهي تبين صلة الاعصاب والشرايين بالاوردة الامر الذي استلقت انظار المؤتمين . وقد يتفاعل الشريان والوريد كل على حدة . والاضطرابات الشريانية في التهابات الاوردة امر مشهور بتأثير محركات المروق . وقد تكون هذه الاتعالمات الشريانية خفيفة جداً لا يكاد يبدو اثرها وقد رأيت حادثة من هذا النوع فان امرأة ولدت واصيبت بالتهاب الوريد الابيض الخفيف وكانت الاما

شديدة لا مناسبة بينها وبين آفتها الظاهرة فمزوتها الى تفاعل الشريان
وتشنجها وحقتها بالاساتيل كولين فزال الامها .

والمعالجات المقترحة في التهاب الوريد الازرق كثيرة فتجرب قبل
الاتجاه الى البتر ولو خابت ولو لجىء الى البتر في النهاية كما في معظم الحادثات
التي اعلنت من هذا النوع منها كشف الشريان وحقن غمده بالكوكائين ومنها
تجريد الشريان من غمده الودي وقطع الوريد الذي تكونت فيه الخثرة
وغير ذلك . واذا كر بهذه المناسبة حادثة جندي سنغالي اصيب بجرح رضي
في ناحية المرفق ثم تورم طرفه فظنته مصاباً بفلغمون منتشر فشققته واذا
بي ارى الاوردة والشرابين والاعصاب غائصة في الصديد فاستأصلت
قطعة كبيرة من الوريد الذي تحترق فيه الدم فلم تفد معالجاتي بل ان
الفتقرية بدت في الطرف بعد ذلك فبترته ثم بدت الاعراض نفسها في
الطرف العلوي الثاني فلم ابتره وقضى المريض اخيراً نحيبه بانسجام الدم .

المليم لوسر كل : اسأل الزميلين عما اذا كان الحثور عاماً في الوريد وعما

اذا كان حده العلوي موافقاً لتشنج الشريان

المليم مرشد خاطر : كان الحثور منتشراً حتى في الوريدات الصغيرة وكان

حده العلوي موافقاً للثلم الذي ظهر على الجلد وكان تشنج الشريان مناسباً
للخثرة الوريد .

ثلاث مشاهدات حديثة عن جراحة الاعصاب

جمعت في المستشفى العام تقديمها لحضرات اعضاء
الجمعية الطبية الجراحية وهي وان لم تشمل على
التأنيج البعثة جديدة بالاعتبار

للاستاذ لوسر كل والهاء فتواتي ونصاروشودي

المشاهدة الاولى الامراة حليمة في الخامسة والخمسين من عمرها مصابة
بسرطان منتشر لا يستأصل في عنق الرحم . دخلت المستشفى لآلام
حوضية لا تطاق .

وقد عولجت باشعة الراديوم في المؤسسة الخاصة في بيروت في شهر
تشرين الثاني من السنة ١٩٣٧ فلم تستعد وحرمت النوم منذ سنة تقريباً الا
انها لم تستعمل اقل مخدر .

وفي ٣ كانون الاول من السنة ١٩٣٨ استؤصلت صغيرتها بين الحرقنتين
(العصب قرب المعجز) فتلاشت الآلام في مساء اليوم نفسه ونامت المبطوعة
وفي ١٩ كانون الاول تركت المستشفى وقد تخلصت من آلامها الحوضية
ولم تكن تشكو الا ثقلاً مهباً ووعكة سيئاً سوء حالتها العامة .

المشاهدة الثانية : المريض ابو صالح عمره ٥٨ سنة مصاب بسرطان في
الشرح منيع على الجراحة فتح له الاستاذ غوسه منذ سنة ونصف سنة شرحاً
حرقياً نهائياً . دخل المستشفى في ٤ كانون الاول من السنة ١٩٣٨ لآلام
حوضية لا تطاق .

عولج المريض منذ سنة بالراديوم في المؤسسة الخاصة في بيروت فبقيت
المعالجة بدون تأثير في الألم وقد دفعه الألم الى ادمان المورفين حتى وصلت
به الحال الى حقن نفسه بستة سائغرامات منه في اليوم .

حقنا في البدء سلاسله الودية القطنية بمحلول نوفوكائني نسبته ٢٪ .
فحصلنا على نتيجة غير كافية . يد ان نقص الألم الوقتي اوحى اليانا ان نستأصل
السلاسل الودية القطنية .

وفي ٨ كانون الاول من السنة ١٩٣٨ اجرينا هذه العملية في الجهة اليمنى
(استئصال ثلاث عقد) فكانت النتائج محسوسة (وقد قدر المريض ونقص
ألمه خمسين في المائة) وهذا ما شجعنا على اكمال المعالجة في الجهة الثانية
فاستأصلنا الودي في الجهة اليسرى في ١٧ كانون الاول .

خفت آلام المريض الا ان ادمانه للمورفين اجبرنا على اعطائه في البدء
سنتيغرامين من الاوكودال في اليوم وقد انقص هذا المقدار تدريجياً حتى الصفر
وفي ٢ كانون الثاني من السنة ١٩٣٩ امتنع المريض عن اخذ اي مخدر
ونهمز وعاد نومه هادئاً لولا بعض ضجر يحدثه فيه قطع المورفين .
وغابت الآلام اما نتائج العملية فقد عرقها احتقان دثة بسيط لم يلبث ان
شفي ونهمز المريض بعده وهو يستعد لمغادرة المستشفى ويظهر الآن انه
ابطل ادمان المخدرات ولم تعاوده الآلام فزال ارقه وغدت قواه المعنوية
حسنة حتى انه بات يعتقد انه قد شفي شفاً تاماً .

المشاهدة الثالثة : المريض محمد آغا عمره ٦٠ عاماً كحولي ومتصلبة شرايينه
دخل المستشفى لغثغرية آخذة في السير في الاصبع الثالثة لقدمه اليمنى وظهرها

وقد بدا ثلم الانطراح على ظهر القدم في حذاء الثلث المتوسط العشط الثالث وبعد ان اتى تفاعل واسرمان على الدم سليماً كما اتى. فخص البول سليماً ايضاً اجريت للمريض عملية استئصال الودي حول الشريان الفخذي بطول ١٥ سم تقريباً في ١٧ كانون الاول من السنة ٩٣٨ فدبت الحرارة في الطرف حالاً وزال الثلم وانطقات الغضرية ثم عادت تندمل كجرح في ظهر القدم وعاشت الاصبع بعد ان كادت تنطرح. وبقيت حرارة الطرف المنزوع اعلى من حرارة الطرف السليم طيلة عشرة ايام (الحرارة باللمس) وما زالت كذلك .

الضغط بعد العملية : في الطرف السليم ١٥ - ٨ وفي الطرف المريض

١٤ - ٨

المشرع الاهتزازي: في الطرف السليم ٤٠٥ وفي الطرف المريض ٥
الناقصة العليم شايو : ذكرتم الضغط والمشرع الاهتزازي بعد العملية وقد سهوتم عن ذكرهما قبلها افسكنا اخف مما ذكرتما ؟
العليم قنواني : اتنا سهونا تماماً عن قياسهما قبل العملية .

كلمة امين السر العام

ايها السادة

اتني بعد استلامي المكان الذي شغل باعتزال العليم اسعد الحكيم لهذا المنصب لا يسعني الا ان اشكركم جميعاً من صميم قلبي على ما اوليتموني من شرف ، باتخاذي اميناً عاماً لجمعيةكم . واتني اعدكم باتني سابذل كل ما استطيع

من جهد للقيام بما عهدتم به اليّ لقد شرفتموني بشقكم فمسي الاخيبها ، وان احفظ لجمعيتنا المقام الرفيع الذي اوصتموها اليه .

فليتنا ان نوحّد جهودنا ، وان يعمل كل منا لانهاض هذه الجمعية واتي باسمها اشكركم مقدماً عن التقارير العلمية التي ستقدمونها وعن تلبية الاقتراحات التي سأطرحها امامكم للبحث فيها :

لقد احتفلتم في الاجتماع الماضي بمرور اربعة اعوام على حياة الجمعية . فجدتم اعمالها ، تلك الاعمال التي لم اجد لها الآن اقل اثر لسوء الحظ . ان نائب رئيسنا الاستاذ مرشد خاطر والاستاذ رابو الذي كانت له اليد الطولى في تأسيس هذه الجمعية قد قاما بطبع المشاهدات المختلفة التي قدمت الى الجمعية باللغتين العربية والفرنسية في مجلة المعهد الطبي العربي وفي مجلة امراض البلاد الحارة التي تطبع باللغة الفرنسية غير ان هذه الاجزاء التي نشرت فيها هذه المشاهدات لم تحفظ في ربائنا ، افلا نظنون والحالة هذه ان اقتناء المجلدات جميعها وحفظها امر واجب .

بل انني اذهب باقتراحي الى مدى ابعد فاقترح تأسيس نشرة باسم الجمعية الطبية الجراحية بدمشق تحمل الى سائر البلدان العربية والفرنسية صوت جميعكم ، واظن ان عدد من او عدداً واحد في السنة كاف في الوقت الحاضر فنكون قد وضعنا الحجر الاول من بنياتنا ، وقد رأيت من الاستاذ مرشد خاطر رغبة في اسداء هذه الخدمة الى جمعيتنا لقاء مصروف زهيد ، فهل تأذنون بانتخاب لجنة لدرس الوسائل الموصلة الى تحقيق هذا المشروع .

ثم ان الغاية من كل جمعية علمية هي مداولة الاراء والمناقشة تمحيصاً

للحقائق وان حياة الجمعية تطول متى تمكن كل من اعضاؤها من التصريح
بآرائه بملء الحرية . ولما كانت التمارير المقدمة للجمعية موضوعاً للجدل
والمناقشة وكان تدوين كل رأي امرأ واجباً وكان نشره كما نطق به
صاحبه ضرورياً وكان تلخيص امين السر له يسيء الى معناه فاني اقترح
تسيلاً لعمل الكتومين ان تتكرموا باعطائي في نهاية كل جلسة خلاصة
الآراء والمناقشات التي تبدونها حرصاً على صحتها حين التسجيل .

واختم كلامي كما ابتدأته بشكركم مرة ثانية راجيا منكم شد ازري
لنجاح الجمعية وازدهارها .

وقد قررت الجمعية تلبية اقتراحات امين السر العام وشكرته عليها وعينت
لجنة مؤلفة من امناه السر العالمين العلماء ترابو واسعد الحكيم وشابو ومن
العالمين مرشد خاطر وشوكة القنوازي لدرس الموضوع وتقديم تقرير
للجمعية في جلستها المقبلة عن ثغقات الطبع .



الداءان السكري و الافرنجي

(syphilis et Diabète)

إقليم حسي سبح

مقال القاء الاستاذ الموماً اليه في مؤتمر

الجمعية الطبية المصرية المنعقد في القاهرة

(المجلة)

ان مصاحبة الداء السكري للداء الافرنجي ونصيب الثاني في احداث الاول من الامور التي اثارَت جدلاً عريضاً بين مشاهير الاطباء في مختلف الاقطار ، فمنهم من يذهب مغالياً الى اثر الداء الافرنجي الغالب في احداث الداء السكري ، على عكس سواهم الذين ينكرون هذا الاثر انكاراً يكاد يكون مطلقاً .

وان اختلاف وجهة النظر المذكورة قد حملني على اثاره هذا الموضوع في مؤتمر كم الزاهر مستثيراً بأراء الزملاء الافاضل ومستسماً اقوال اطباء الشرق العربي بعد ما سمعنا اقوال زملائهم في الغرب .

ولقد اتيج لي في السنتين الاخيرتين جمع خمس مشاهدات ثبتت فيها عندي مصاحبة الداءين بين ٦٧ مشاهدة لم ار المصاحبة المذكورة ، واني اقر منذ الآن مشاهداتي الخمس لم تجمع البراهين كلها للاثبات ولا للنفي ولا سيما من الوجهة التشريحية المرضية اذ ينقصها ان اصحابها

احياء وما استندت اليه فيها هو الوجهتان السريرية والعلاجية فقط ، وارى قبل تلخيص مشاهداتي ان اذكر نبذة قصيرة عن انشطار الرأي الطبي في هذا الشأن شطرين معا كسين كل المعاكسة ثم أبدي استنتاجي .

لعل لوده (Leudet) اول من قال في السنة ١٨٥٧ بالنشأ الافرنجي لبعض أدواء السكر بعد ان شاهد مريضاً مصاباً بالداء الافرنجي اعتراه في ما بعد الداء السكري ووجد بعد موته علامات التهاب السحايا القاعدية في دماغه .
 وذهب فيريش (Ferichs) عاداً الداء الافرنجي اكثر الادواء العامة في احداث الداء السكري ويقول شني (Schnee) مقالاً ان جميع حوادث الداء السكري ناجمة عن الداء الافرنجي الارثي ، كما ان فورييه (Fournier) الطبيب الفرنسي الشهير في الامراض الزهرية عدّ الداء السكري بين الملل الافرنجية البعيدة (parasyphilis)

وعلى تقيض هؤلاء من يذهب مخالفاً ككانتاني (Cantani) وموشو (Mouchot) وليون (Lion) ومورو (Moreau) ولاين (Lépine) ويليامس (Williams) وجوسلن (Joslin) ومارسل لابه (Marcel Labbé) وراتري (Rathery) وسواهم . فهؤلاء مع اقارهم بإمكان احداث الداء الافرنجي للداء السكري احياناً لا يذهبون الى عدّ الاول بين الاسباب الغالبة في الثاني .

واليسكم موجز مشاهداتي الشخصية في هذا الشأن .

١ - ح . أ . - من سكان دمشق والبالغ من العمر ٥٧ سنة مصاب بالداء السكري منذ عشر سنوات وبدا فيه قبل سنتين الداء الثاقب في قدميه

فمولج من اجله المعالجة الجراحية مع اتباع التدبير الطعامي اللازم ومداداة الداء السكري. ارسله الي طيبيه مستشيراً اي اي بخصوص دائه الثاقب واستمصائه. على المداداة. فلدى فحصه وجدت فيه ضموراً في الكبد يبلغ اصبعين وعلامة رجائيل ووبرتسون وزوال المنعكسات الوترية من الطرفين السفليين ، اجري له ارتكاس واسرمان فجاء ايجابياً اشرت على طيبيه باشر اك المعالجة النوعية بمعالجة الداء السكري بحقنه بمركبات البزموت ثم الزئبق فالمركبات الارسينيقية . فكانت النتيجة ان تحسنت حالته العامة تحسناً يئناً وزال الضمور من كبده واندمل الداء الثاقب في احدى قدميه وبقي في الثانية مع بعض التحسن . ثم ترك العليل المداداة ستة اشهر اختفى في خلالها كل أثر للسكر وازداد وزنه خمسة كيلوات ، غير ان الداء الثقب الباقي في قدمه اليمنى سرى اليه الالتهاب اخيراً وارتفعت حرارة العليل وبدأت الفنفريئة في احدى اصابع قدميه وعالوده السكر مع المخلون (acétone) دعت الى المشاورة فاشرت بتطبيق المعالجة النوعية مرة ثانية مع الحقن بالانسولين وموسعات الاوعية ، فاقصرت الفنفريئة على اصابة اصبع واحدة بقرت وانتهى الامر بها ثم خف الداء الثاقب واندمل يبطه اما السكر فهو يظهر تارة ويحول اخرى .

وقد فحصت زوجة العليل فوجدتها مصابة بالداء السكري ايضاً واوصيتها بالمداداة المختلطة .

٢ - ع . ح . من سكان دير الزور يبلغ من العمر ٥٦ سنة مصاب بالداء السكري منذ خمس عشرة سنة ولا يذكر انه اصيب بالداء الاقربنجي مطلقاً

راجني في صيف السنة الماضية للدمامل الكثيرة المنتشرة في بدنه والتي تلازمه منذ ثلاث سنوات بدون ان تتأثر بمداواة الداء السكري ولا بالحمية الشديدة . لم اجد في فحص بدنه ما يستدعي الانتباه اوصيته بالقاح وبمركبات السولفاميد مع زيادة مقدار الانسولين . غير ان زوجته التي راجنتي بعد ايام قلائل وجدتها مصابة بالتهاب الابهر (aortite) فطلبت الى الزوج اجراء ارتكاس واسرمان فانت النتيجة ايجابية في كليهما واوصيته بالمداواة النوعية التي كان لها الاثر الحسن في ازالة الدمامل بعد ثلاثة اسابيع ولم يد يراها منذ ذلك الحين . اما السكر فانه زال من بوله غير انه عاوده بكسية زائدة في عقب وفاة زوجته وحزنه عليها مع انه لم يقطع المعالجة الموصى بها .

٣- أ . خ . من سكان دمشق عمره ٢٥ سنة مصاب بالداء السكري منذ خمس سنوات وبدت فيه الدمامل منذ ثلاثة اشهر بدون ان تتأثر من شتى الادوية التي استعملها عند مختلف الاطباء . راجني في السنة الماضية من اجلها ومن اجل وهن عام اعتراه قبل اسابيع . لم اجد في سوابقه سوى اصابته بالبرداء قبل عشر سنين وأقر باصابته بالقرحة التي عولج من اجلها قبل ١٢ سنة بمعالجة فاقصة . . اجري له ارتكاس واسرمان فكانت نتيجة ايجابية . عولج بالمعالجة النوعية بمركبات الزئبق واليوزموت فتحسنت حاله العامة وغابت الدمامل وزال منه السكر الذي ظل غائباً ثلاثة اشهر استطاع الليل خلالها ان يتغذى الغذاء المعتاد وغاب عني غير اني اخبرت من اقاربه ان صحته جيدة .

٤- ج . خ . من سكان بغداد عمره ٣٨ سنة مصاب بالداء السكري منذ

٧ سنين . أتى مستشفى من ضعف ألم في طرفيه السفليين ، وفي سوابقه إصابة بالداء الافرنجي قبل عشر سنين عولج من اجله بمعالجة فاقصة . ولدى فحصه وجدته مصاباً بالتهاب الاعصاب المتعددة (polynévrite) مع زوال المنعكسات الوترية من الطرفين السفليين ، وابدئ البزل القطني ازدياد الآحين (٤٥) مع عشر خلايا لنفاوية (lymphocytes) في المليتر المكعب وكان ارتكاس واسرمان في الدم وفي السائل الدماغي الشوكي ايجابياً . عالجته بالمعالجة النوعية بملاح البزموت والقيتامين ب (B) وبالانسولين بروتامين فزالت عنه عوارض الضعف وتحسنت حالته تحسناً يئاً واوصيته بمتابعة المعالجة الساتنة وقد اخبرني منذ اشهر ان غاب السكر عنه تماماً وانه غدا يأكل جميع الما كل بدون ان يتأذى او يظهر السكر في بوله .

٥ - ن . م . من سكان حماء تبلغ من العمر ٤٢ سنة متزوجة ولها خمسة اولاد ومات لها ثلاثة واجهضت مرتين اصيبت بالداء السكري قبل ثماني سنوات وظهرت عوارضه لديها في اثناء الحمل ، وكية السكر كانت تختلف بين ٦٠ و ٧٠ غراما ومقدار السكر في الدم كان يختلف بين ٢٠٠ و ٢٥٠ اتني مستشفى من ضعف في بصرها اخذ يزداد منذ اشهر وراجعت من اجله ككاليين وجدا في عينها علامات الضمور في المصيين البصريين و اشارا عليها بمراجعة اخصائي بامرض الجلطة المصية . فلدى فحصها لم اجد في مجموعها المصبي ولا في بدنها اي خلل ما عدا القصور الابري البين والضغط الذي كان ٢٢ - ٨ ، اجري لها ارتكاس واسرمان فجاء ايجابياً . اوصيتها بالمعالجة النوعية بملاح الزئبق والبزموت فتحسنت حالها وزال السكر من بولها

ينما كان ملازماً اياها وقل ان يتقطع عنها بالمدواة ولا بالجيلة .

ان ما استنتجه من هذه المشاهدات الخمس هو ما يلي :

- ١ - ان المعالجة النوعية في هؤلاء المرضى قد اتيحت نتيجة حسنة مع زيادتها التحمل للماءات الكربون بوضوح . استطاع اولئك معه تناول اغذية طلالما نموا عنها وهو مطابق كل المطابقة الى ما ذهب اليه روزنبوم (Rosenbloom) وعلى عكس ما رء ماسون (Masson) ان المدواة النوعية في هذه الحال تنقص التحمل للماءات الكربون ولا سيما بالارسينوبنزول (arsénobenzol) .
- ٢ - ينبغى لظن في هذه المشاهدات ان الامر فيها كان عبارة من مصاحبة بسيطة وهي لا تسوغ الاستنتاج بان الداء الافريقي السبب الرئيس في احداث الداء السكري اذ ينبغي لمثل هذا الاستنتاج لكي يصح ان يبنى على الفحص التشريحي المرضى على ان الابحاث التشريحية المرضية في هذا الشأن قليلة جداً والكلمة غير مجمعة على صلة احد الداءين بالآخر ومشاهدة ستانينوس (Steinhaus) فريدة في بابها اذ لاحظ صمغ الكبد وتصلب البانكرياس واصابة شرايينها بالالتهاب الساد (artérite oblitérante) وشاهد لوده (Lendet) آفات السحايا المزمنة في قاعدة الدماغ والآفات الافريقية في البصلة وبدت لكارنو (Carnot) وهارفيه (Harvier) الآفة الصغية في البانكرياس مع التهاب الشريان الساد . ومنهم من شاهد تقيض ذلك اي ان الشخص لم يبد في اثناء حياته اي اثر للداء السكري وبدا في فتح جثته التهاب البانكرياس المزمن وعولج هذا التفاوت بضخامة جذيرات لانغرهانس (Langerhans) بضخامة معاوضة .

٣ - ان مشاهداتي الخمس التي اوجزتها امام حضراتكم كان ارتكاس واسرمان فيها ايجابياً تقابلها سبع وستون حادثة للداء السكري لم تثبت لي فيها مصاحبة الداء الافرنجي ولا ايجابية الارتكاس المذكور فنسبة هذه المشاركة اذن ٠.٦ / وهي دون ٠.٨ / النسبة التي ذكرها هالر ووالكبر (Haller et Walker) و ٠.١١٠ ٥١ / النسبة التي اوردتها روزنبوم (Rosenbloom) وفوق المعدل الوسطي ٠.٥ / واقل من نسبة ايجابية الارتكاس الشائعة في البلاد المتقدمة وهي ٠.٢٠ /

٤ - لم يتح لي كشف اي اثر للداء الافرنجي الارثي بين هذه المشاهدات غير انني اذكر مشاهدين احدهما في طفل يبلغ من العمر ٣ سنوات والآخر في يافع عمره ١٦ سنة وان المعالجات النوعية التي اجررت بعد اخفاق المعالجة الاعتيادية لم تثمر اية ثمرة .

وصفوة القول اني لا اميل شخصياً الى عزو الداء السكري في الكحول الى الداء الافرنجي والملاحظات التي اوردتها تؤيد امر المصاحبة البسيطة التي يجوز فيها ان يكون الداء الافرنجي سبباً في احداث آفات سطحية في شرايين البنكرياس او التهاباً في البنكرياس او التهاب البانكرياس المزمن . واني الفت انظار زملاء الافاضل الى وجوب تحري الداء الافرنجي في كل مصاب بالداء السكري حتى اذا ثبت كانت المعالجة النوعية خيراً واسطة لتخفيف وطأة المرضين معاً . ولعلمهم يدلون بأرائهم في هذا الشأن لينزوا هذه النقطة التي لم تزل غامضة في الطب .

مؤتمر الجراحة الفرنسي السابع والاربعون

١ معالجة كسور الفقار المفلقة الحديثة

لحسابها العليم مرشد خاطر

قدم شاربوتال (من بوردو) واندريه سيكار (من باريس) هذا التقرير للمؤتمر الجراحي الفرنسي السابع والاربعين وقد خصصا بضع صفحات من مجملتهما بالاعتناءات الاولى بهولاء الجرحى وطرق نقلهم ولقنا الانظار الى الاخطار التي تنشأ من التحريك المبسر الى ضرورة تعليم الشعب هذه الامور كما علم طرق الاسعافات الاولى للفرق والمختفين .

ثم ذكرنا بالاشتراك مع بورشه القواعد التي يجب اتباعها للحصول على رسم الفقار الحسن كيف لا والمعالجة الواجب اتباعها ونتيجتها تايمان الحسن الرسمين الشعاعيين الجبهى والجانبى ولاتقان قراءتهما وتعيين آفات العظم بدقة .

ويقسم هذا التقرير قسمين :

معالجة الكسور الحالية من الاضطرابات المعيبة ، وقد بحث فيه شاربوتال . ومعالجة الكسور مع تشوشات عصبية وقد بحث فيه اندريه سيكار

أ — معالجة الكسور الحالية من الاضطرابات المعيبة :

تختلف بحسب مقررها . والطرائق المستعملة فيها غير جراحية وجراحية .
الطرائق غير الجراحية : نذكر منها طريقة اريشن بالحقن بالمواد المتحددة

(وهذه الطريقة وظيفية فقط ولا ينظر فيها الى رد الكسر او تثيته)
 وطريقة الرد والتثيت بالجبس التي تتلواها التمرينات المنظمة ، وهي طريقة
 بوهلر الدراسية التي يستطيع اجراؤها بالاضطجاع على البطن كما اشار
 واضعها او ، وهذا افضل ، بالاضطجاع على الظهر كما يصنع الكثيرون .
 ويجوز اجراء التمديد المتواصل قبلها ولا سيما اذا تشابكت النواقى الفقارية
الطرائق الجراحية : وهي الرد الجراحي في بعض من الحالات الصعبة
 والضيقة (بالخطاة باسلاك معدنية او ، وهذا افضل ، بطعم الي او هيبس
 الذي يستعمله معظم الجراحين)

وبعد ان تكلم المؤلف باسباب عن هذه الطرائق بحث في :

الاستطابات والتأنيج

١ - في الكسور الظهريّة السفلى والقطعية : ان كسور الاجوزة (trabécules)
 التي لا تشخص في الغالب قد تشفى غير تاركة عقايل (sequelles) تذكر
 ولكنها مع ذلك السبب الاكبر في قصور الفقار الثانوي ، فاذا ما عرفت
 وشخصت تشخيصاً باكراً كان النجاح حليف معالجتها ولا يستطيع هذا
 الا بالرسوم الجيدة .

وكثير هم الجراحون الذين لا يردون الكسر في هذه الحالات بل
 يتركون جراحهم مضطجعين على سطح صلب زهاء شهرين ثم يلبسونهم
 مشدداً خفيفاً والبعض منهم يثبت الكسر بمشد جيسي ويجيز المشي السريع
 ويحقن لريش بمحلول مخدر ، ويصنع ماغنوس معالجة وظيفية صرقة ويشير
 بوهلر بصنع بزخ خفيف والتأنيج حسنة في جميع هذه الطرائق على ان

يراقب الجريح مراقبة حسنة . وانه ليصعب تعيين استطابات خاصة لكل من هذه المعالجات . ويظهر ان التطعيم الباكر في هذه الكسور امر فضولي واذا كسرت الاقراص في الوقت نفسه يستحسن تمديد المعالجة .

والكسور نكوماً (par tassement) هي اكثر الكسور حدوثاً ويستطاع استناداً الى ٢١٧ مشاهدة استنتاج الامور التالية :

ان طريقة الرد في وضعة بزخ مغالى فيه فاجحة نجاحاً مؤكداً على ان يبادر الى صنعها وان يتنى باعادة محور التقار العمود الى حالته الطبيعية وليس ضرورياً ان ترد الفقرة رداً حسناً بل يجب ان يتحاذى سطحها العلوي والسفلي فليكن الرد توازياً اكثر منه تشریحياً .

ويمجوز اضجاع المريض على ظهره او بطنه بحسب الحالة ويظهر ان الوضعة الظهرية افضل . ولم تظهر عوارض عصبية خطيرة فاجحة عن هذه الطريقة والمعالجة الوظيفية حسنة في الفتيان والمكتنزي المضلات ويجب ان تكون لطيفة ومعتدلة في المستن المصابين بكسور خطيرة متى اصيبت الاقراص في الوقت نفسه .

ومدة التثبيت مناسبة دائماً لدرجة الكسر وعمر المكسور فالسريرات والرسوم الشعاعية تعين زمن اندمال الكسر .

وطريقة ماغنوس التي يحسن اشراكها مع الحقن المخدرة حسنة في الكسور حيث التكموم الخفيف ينحصر في فقرة واحدة اذا استطيت مراقبة الجريح ولا يشار بها في الكسور الخطرة .

واما طرائق التثبيت المديد الدوسية اولاً في السرير ثم في جهاز فليست

مستعملة الا حيث لا يستطيع استعمال الطرائق الآتية الذكر (كسور عديدة ، كسور الطرفين السفليين) فتمت استعملت وجب تقريبها ما امكن من الطرائق المتقدمة .

ويظهر ان الطعم العظيم الذي يحيل انه يعوق الطرائق الدراسية (بتقصير مدة المعالجة واتقان الثيت) يخبر حسناته بازاء طريقة بوهلر التي تفوق نتائجها نتائجها .

وافضل ما يمنع هو اشراك الطعم الباكر مع رد في وضعة بزخ مغالى فيه ومعالجة وظيفية . يجنب بهذه الطريقة الانخفاض الثانوي الممكن الحدوث ويختصر وقت المعالجة ويرد الكسر ويسمح للمريض بالمشي السريع .

وليس سبب الانخفاضات الثانوية الخطرة الطريقة نفسها كما يدعي ماغنوس وروستوك بل سوء استعمالها ونقص مراقبة الجريح والثيت الناقص فاذا ما استعملت طريقة بوهلر جيداً كانت كافية في الكسور القطعية .

النتيجة ان الطعم الباكر لا يستعمل الا في الكسور المفتة وانسحان جسم فقري وانكسار اجسام فقرية معه ، وفي الكسور الشديدة الانحراف التي تنزلق الى الامام بسرعة والجريح مثبت في الجبس وفي الخلع والكسور معاً بدون اضطرابات عصبية متى خابت طرائق التجبير ولم يرغب في الرد الجراحي .

وقد يشار به ايضاً في بعض من الحالات لا كمال الرد (اشخاص ضعفاء المضلات ، من شاقة ، آفات الاقراص الخطرة الخ . .) وقد انتهى المقرر هذا البحث . يخضع الاستطلاقات الخاصة : كسور القوس الخلفية ، كسور

وخلوع صلبة الرد ، كسر الخامسة القطنية وهو كسر خاص قد يفضي بانسحاق القرص القطني المعجزى الجسم الى خبزرات (lumbagos) وعصابات وركبة ثانوية مستمعيه .

ويشار بالرد في وضعة بزخ او احديداب بحسب ما يكون الجزء المنسحق من الفقرة قسمها الامامي أو الخلفي .

٢ — في الكسور الظهرية المتوسطة والعالية : حيث العمود اقل تحركاً واجسام الفقار امتن والاقراص ارق والمضلات اصغر وحيث لا بزخ طبعي بل احديداب طويل اضف الى ذلك ان الققص الصدري يقي العمود الظهري وقد ينكسر معه . فلا عجب اذا كانت الكسور الظهرية اقل حدوثاً من الكسور الظهرية القطنية . واذا كانت التفككات (dislocations) فيها نادرة واذا كان الكسر كناية عن تكوم (tassement) فقط .

فالاضطجاع الظهري هو الوضع الناجع ، للاسباب التي ذكرناها في انقاص انحناء الاحديداب الطبيعي ، واصلاح التبديل أصعب حتى ان الاصلاح التام متمذ ولا حاجة اليه لان النتائج الوظيفية البعيدة خير من النتائج التشريحية والتثبيت في الجبس واجب اربعة الى خمسة اشهر .

٣ — في الكسور النقية : (من الثالثة الى السابعة) : هي اكثر حدوثاً مما كان يظن ويبحث المقرر في استطببات الطرائق الجراحية وغير الجراحية ويستنتج من درس ٣٦ حادثة ان طريقة التمديد المتواصل مع اجراء بعض الحركات توصلاً الى الرد هي أفضل الطرق ، ولتجنب كل حركة عنيفة لانها تفضي الى خطر محقق وخير الجريح أن لا يرد كسره رداً حسناً . من

ان يتعرض لهذا الخطر كيف لا وشفاه كثير من هذه الكسور بالتثبيت حتى بدون ادنى معالجة دليل على وجوب الامتناع عن كل رد عنيف .
وتصنع رسوم شعاعية لمراقبة الرد وغية التبدلات الثانوية لان الخوف من التزلاقات الثانوية هو المضلة السائدة في معالجة الكسور العنقية . فانها لم تصادف قط في الكسور التي لم تشخص ولم تعالج بل في الكسور البسيطة المشخصة وفي الكسور المردودة جيداً والمثبتة بمينارفا . فقد ذكر سوتوهال خمسة فلولج ثانوية من ١٧ كسراً عنقياً مردوداً . وقد تشمل الاطراف الاربعة ويكون الموت نهاية هذه الكسور الخطرة .
ومتى لم يرد الكسر :

أ - يكفي البعض بالتثبيت الطويل الحسن ومراقبة الكسر بالرسوم الشعاعية حتى اذا بدت علامات تزلق قانوني او اضطرابات جذعية لجيء الى التطعيم .

ب - ويشير البعض الآخر بالتطعيم منذ البدء غير متظر ظهور هذه المواضع ويثبت الكسر بعد العملية بمينارفا اسبوعين الى ثلاثة اسابيع .

ج - ويبادر بعض من الاميركيين الى التوسط الذي يراهم الرد الجراحي فالتثبيت .

ولا مشاحة ان التطعيم الباكر في الكسور العنقية غير المردودة ولا سيما المردودة مسألة فيها نظر فان الحوادث الكثيرة تثبت ان النتائج البعيدة واحدة ومتبائلة سواء ارد الكسر وطعم او ثبت فقط او اهمل بدون اقل معالجة فلا بد من التريث والتردد قبل الاقدام على اجرائه .

ولكن اذا بدت في الاسابيع المقبلة عوارض عصبية او اذا ازداد التبدل فالامر يختلف والمراقبة الشديدة واجبة واذا تمذرت المراقبة كان الطعم خير واسطة للاطمئنان الى ثبات الكسر .

٤ — في كسور القبة (atlas) والفائق (axis) خطرهما عظيم لانكسار الناقى والسني ولاخلع القبة . غير ان ما يستلفت النظر فيها هو التباين العظيم بين الآفات العظمية الكبيرة وغية الاختلاطات العصبية . ولا يختلف طرائق المعالجة فيها عن كسور ققار العنق الاخرى . ويستتج الباحث من درس ٣٤ حادثة ان الرد بالتمديد المتواصل افضل الطرائق المستعملة المفضية الى احسن النتائج . والخطر كل الخطر في التزلق الثانوي وسببه عدم اندمال السن او ابطاء تكون الدشبذ وقد يكون هذا التزلق فجائياً فينجم عنه الموت الآتي او شلل الاطراف الاربعة او يكون تدريجياً .

وتبين المشاهدات الملتئة انه اذا لم يكن الطعم واجب الاستعمال في جميع هذه الكسور فان المبادرة اليه واجبة متى ظهر تبدل ثانوي والمريض مثبت بالجيبس او متى كان كسر وخلع ولم يرد جيداً .

٥ — في الكسور العديدة : هي نادرة وترد هذه الكسور باجراء بزخ في وضع ظهري ويوضع المشد في حذاء الكسر الأشد خطراً . وتلطف المعالجة الوظيفية او تلتفي اذا كانت متعذرة الاجراء . واذا كان التزوي شديداً ولم يكن الرد تاماً وجب الرد الجراحي وتسمير بؤرة الكسر . واما اذا كانت الكسور عديدة وعظيمة فالمعالجة الوظيفية المشتركة مع الحقن بالمواد المخدرة كافية .

٦- في الولد : ينظر الى حالتين فيه :

ما دون ٥ - ٦ سنوات يكتفى بشيت الصغير طويلاً ومراقبته لان بعضاً من حالات البرخ المسماة بزخ اليفعان ليست الا عاقبة الكسور المجهولة .
ويصادف داء كومال في الاولاد الكبار واليفعان
فوق ٧ سنوات : يعالج الولد معالجة الكهل غير ان الطعم فيه مستحب
قبل السنة العشرين .

ب- معالجة الكسور مع اضطرابات عصبية :

يبحث فيها اندره سيكار فدرس اولاً الآفات التشريحية التي قد تصيب
النخاع الشوكي وغلافاته وجذوره في سياق الكسر ذكراً انواعها العديدة
ولافتاً الانظار الى التباين الكثير الحدوث بين الآفات العظمية والاضطرابات
العصبية ، والى كون الورم الدموي الواقع في خارج الام الجافية ينتشر في
الغالب يد ان الورم الدموي الواقع تحتها يتكيس في شبكات العنكبوتية
ويضغط النخاع خلافاً لما يقع في كسور الجمجمة .

ويستنتج حين كلامه عن التشخيص انه ما من علامة سريرية واسمة
تثبت لنا آفة النخاع الشوكي الشاملة فلا فليج الاطراف الاربعة الرخو
الشامل ولا علامة بابنسكي ولا منعكسات الدفاع ولا شريعة باستيان كافية
لانبأتها . وعللنا التشريح المرضي من جهة ثانية ان النخاع الشوكي لا يترمم
البته فكل محاولة خياطة مصيرها الحية .

ويمكننا سير الملامات العصبية وجده من تضمن آفات النخاع الشوكي
على وجه التقريب . والعلامات الدالة على رجحان انقطاع النخاع الشوكي الدام

ثلاث: النعظ المؤلم (priapisme) المبكر الثابت، ووذمات الطرفين السفليين، وظهور الحشكر يشات السريع.

ثم أتى الباحث على ذكر طرائق المعالجة ذا كراً استطباتها ونتائجها: فالعض بعد الامتناع قاعدة مطردة فإذا كان النخاع الشوكي مخرباً فإلا القائمة من التوسط وإذا تدنى الشال كانت المعالجة الوظيفية المتقنة كافية للمحافظة على الجهاز المضلي المفصلي.

ويعدُّ البعض الآخر ومنهم بوهلر رد الكسر الزمن الاساسي لانه يزيل الضغط عن المحور العصبي، اذا كانت الآفات العصبية قسمة. ولتقطع الصفائح الفقارية مجذون ايضاً غير ان كثيرين هم الجراحون الذين يشركون الطرائق المختلفة.

وينهي الباحث تقريره بهذه الاستنتاجات التالية:

ان تضاد النظريات بين مجبذي التوسط الباكز على البؤرة العظمية والراغبين في التريث ريثما تظهر العلامات العصبية، فاجم عن تعذر الوصول الى تشخيص الآفة التشريحية الحقيقي.

ما من معالجة تفيد اذا كان النخاع الشوكي مقطوعاً.

نتيج جميع المعالجات متى كانت وذمة النخاع. الشوكي فقط سبب الاضطرابات العصبية ويستخلص من الاعمال الحديثة مبدأ أن واضحا:

اولاً: لا يجوز خلافاً للبدا القديم ان نبقى مكتوفي الايدي بازاء كسر الفقار المرقل بشلل اياً كان مصدره بل يجب ان نعد الآفة كأنها تشفى وان نتوسط جرياً وراء هذه الفاية.

ثانياً : فليكرر في التوسط ما امكن سواء أأشير بقطع الصفايح الفقرية او الرد ولعل الرد اخف ضرراً في كسر خطر كهذا. ولا يتمتع عن الرد السريع الا متى كانت الصدمة الشديدة او كانت آفة اخرى مشتركة مع الكسر تنبيء بقرب اجل المريض .

والرد في الشلل القسبي ناجع دائماً في جميع انحاء العمود الفقاري . وتجب مراقبته بالاشعة من وقت الى آخر لئلا يتبدل. ولتبدأ المعالجة الوظيفية باسرع ما يمكن .

والرد في القلوج الشاملة ، اذا كان الشلل تشنجياً (وهذا نادر) يزيل الاضطرابات العصبية بسرعة . واذا كان القالج رخواً صعب البت في طرز المعالجة الواجب اتباعها .

ولسنا نرى الآن ريثما يأتينا التشخيص الكهربى او تستببط طريقة لاستقصاء القناة الفقرية احسن من الرسم الشعاعى لاختيار افضل الاستطابات ١ - اذا بقيت قطعة عظم بارزة في القناة الفقرية بعد رد الكسر كان لا بد من قطع الصفايح . ٢ - اذا كانت النواتى الفقارية متشابكة ولم يفض التحديد المتواصل وحركة البزخ المفالى فيه الى الرد وجب الرد الجراحي .

واما في الحالات الاخرى فالرد هو الزمن الاول من المعالجة وقطع الصفايح الزمن الثانى متى لم تحسن علامات الشلل .

والصعوبة كل الصعوبة في معرفة فترة الانتظار قبل اجراء قطع الصفايح ان هذا لا يستطاع تعيينه بل هو تابع لحكم الجراح غير انه متى مرت ٨ - ١٥

يوماً ولم تبدل العلامات لا يجوز التأخر أكثر من ذلك عن قطع الصفايح الفقارية الاستقصائي .

وكما علا كسر الفقار المشترك مع اضطرابات عصبية كان اشدّ خطراً .
ولعلم ان شلل الاطراف الاربعة الرخو الشامل علامة خطيرة دائماً فهو دليل دائماً على آفات في النخاع الشوكي لا حيلة لنا فيها .

الناقشات :

شوت : يجب ان ينظر في كسور الفقار جميعها : ١ - الى ضرورة الرد الحسن منعاً للتكوم الذي يزداد في المستقبل ويفضي الى حالة خطيرة
٢ - الى ضرورة التثبيت المديد منعاً للتكوم عن الحدوث . وبعد ان ذكر حسنات الرد في الاضطجاع الظهرى واخطاره (الحشكريشات) أورد سلسلة من النقاط العملية التي تخفف عاذير هذه الطريقة ولا تبدل حسناتها .
ولفت شوت الانظار في معالجة الاضطرابات الجبلية التالية لكسور الفقار الى فائدة الحقن المخدرة في القناة العجزية او الى جانبي الفقار وبعد هذه الحقن اساساً للمعالجة فانها تربل الاضطرابات الوظيفية وتمين التشخيص وتظهر في طوارئ العمل ، المقلدين من المرضى الحقيقيين .

اولترامار : يظن ان داء كوماً تنقص حوادثه كثيراً اذا ما لازم المرضى المصابون بتكوم متوسط الاضطجاع على الظهر ٦٠ يوماً . وهذه المعالجة كافية في هذه الكسور الطفيفة

ماير : بعد ان درس ٨٦ كسراً منها ٧٠ كسراً بسيطاً و ١٦ كسراً مع اضطرابات عصبية توصل الى النتائج التالية : ان الرد التجييري نجاح أكيد في

الاختلاطات العصبية وواجب الاجراء متى سمحت به حالة المريض . وشار بالرد في الكسور الخالية من الاضطرابات العصبية متى اشتل الضفط على اكثر من ربع جسم الفقرة ولا سيما متى كان الشخص فتيًا . ومتى اتقنت المعالجة الجبرية قات استطببات الطعوم والاستجدال . وشار بقطع الصفايح الفقارية متى بدت العلامات العصبية متأخرة او متى عادت الى الظهور بعد زمن من التدني والحسن الموقت .

اولجينيك : يلت الانتظار الى فائدة البزل القطني لتفريق قطع النخاع المتعرض الحقيقي عن نزف النخاع الشوكي ولا سيما عن رضه ووذمه . وليكرر البزل بعد ٨ ايام اذ تكون الوذمة قد زالت .

ليريش : يلاحظ ان الاراء مجمعة على وجوب الرد السريع في الحادثات المتوسطة غير انها تختلف في الحادثات الاخرى . فتي كان الكسر طفيفاً يفضل ليريش الحقن بالمواد المخدرة التي تفضي الى نتائج وظيفية وشعاعية حسنة حتى ان الراحة في السرير والتثبيت بالجبس يصعبان امرأ فضولياً واما في الحادثات الخطرة مع آفات عصبية لم يحسنها الرد فيشار بقطع الصفايح الفقارية الباكر وخزغ المثانة



الشباب والاشباب

٩.

واقام الصلاة

الصلاة في اللغة الدعاء وفي اصطلاح المسلمين عبادة بدنية لا نيابة فيها أصلاً تتم بأقوال وأفعال وحركات مفتحة التكبير مختمة بالتسليم بشرائط مخصوصة ، مفتاحها الطهور وهي من أجل الأركان بعد الشهادتين .

تنقسم الصلاة الى انواع منها الصلاة المفروضة والصلاة النافلة وهي تشمل المستنونة والمندوبة اما اوقات الصلاة فهي خمس على كل مكلف وهي الصبح والظهر والعصر والمغرب والمشاء

ولا بد لصحة الصلاة من شروط منها الطهارة من الحدث وطهارة الجسد والثوب والمكان حتى موضع القدمين واليدين والركبة والجبهة ولها اركان منها القيام والركوع والسجود والرفع منها

القيام : يفرض على المصلي ان يقف متصباً معتدلاً الى ان يركع .
الركوع : هو انحناء الصلب حتى يستوي الرأس بالعجز بحيث يمكن مس الركبتين باليدين وكمال الركوع ان يمد ظهره مستوياً ويجعل رأسه بازاء ظهره وان يسوي الراكم بين ظهره وعنقه .

السجود : هو مرتان في كل ركعة والحد المفروض في السجود ان يضع بعض كل عضو من الاعضاء السبعة الواردة في قوله صلى الله عليه وسلم : (امرت ان

أسجد على سبعة أعظم، الجهة واليدين والركبتين وأطراف القدمين) وقال الحنابلة لا يتحقق السجود الا بوضع جزء من الأنف زيادة على ما ذكر . ويشترط في السجود ان يكون على يابس تستقر جهة المصلي عليه

وفرض على المصلي في الرفع من الركوع والرفع من السجود الاعتدال والطمأنينة وقد فسر الرفع والاعتدال والطمأنينة هو ان يمود المصلي في الرفع من الركوع الى الحالة التي كان عليها قبل ان يركع من قيام او قعود مع طمأنينة فاصلة بين رفعه من الركوع وهويه للسجود واما الرفع من السجود الأول وهو المسمى بالجلوس بين السجدين فهو ان يجلس مستوياً مع طمأنينة بحيث يستقر كل عضو في موضعه .

ويجب ان تكون حركات الصلاة مرتبة الأركان بان يقدم القيام على الركوع والركوع على السجود وهكذا بحسب ترتيبها الوارد في قوله صلى الله عليه وسلم للسيء صلاته (اذا قمت الى الصلاة فكبر ثم اقرأ ما تيسر معك من القرآن ثم اركع حتى تطمئن راكعاً ثم ارفع حتى تعتدل قائماً ثم اسجد حتى تطمئن ساجداً ثم ارفع حتى تستوي قائماً ثم افعل ذلك في صلاتك كلها) .

وللصلاة سنن منها رفع اليدين عند الشروع ومنها وضع اليد اليمنى على اليسرى بعد تكبيرة الإحرام تحت سترته ومنها تفريج القدمين حال القيام بحيث لا يقرون بينهما ولا يوسع الا بقدر

ومنها ان يضع المصلي يديه على ركبتيه حال الركوع وان تكون اصابع يديه مفرجة وان يبعد الرجل عن عضديه عن جنبه لقوله صلى الله عليه وسلم لا تس

رضي الله عنه (إذا ركعت فضع كفك على ركبتيك وفرج بين أصابعك وارفع يديك عن جنبيك) ومنها أن يسوي بين ظهره وعنقه في حالة الركوع وأن يسوي رأسه بعجزه ومنها أن ينصب ساقيه وأن ينزل إلى السجود على ركبتيه ثم يديه ثم وجهه وبمكس ذلك عند القيام من السجود بأن يرفع وجهه ثم يديه ثم ركبتيه ومنها أن يبعد الرجل في حال سجوده بطله عن فخذيه ومرفقيه عن جنبيه وذراعيه عن الأرض ومنها الجلوس بهيئة مخصوصة مينة في المذاهب ومنها الالتفات بالتسليمة الأولى جهة اليمين حتى يرى خده الأيمن والالتفات بالتسليمة الثانية جهة اليسار حتى يرى خده الأيسر .

عدد ركعات الصلاة: ١٧ ركعة فرضاً و ٣٧ ركعة من وتر وسنة

ومندوب ومستحب .

فاذا أمنا النظر فيما تقدم رأينا أن على المسلم تخصيص مدة لا تقل عن ساعة ونصف الساعة للوضوء ولاداء الصلاة والقيام بحركاتها التي لا تكاد تترك مفصلاً من مفاصل الجسم المتحركة دون أن تحركه لذلك كانت الصلاة عملاً رياضياً عظيماً يدخل في زمرة الرياضة المعتدلة ولا يخفى ما لهذا النوع من الرياضة من أثر في تنشيط الجسم

فضائل الصورة الصحية

ان الصلاة تلك العبادة البدنية رياضة مستتلة تنقلص فيها اكثر عضلات الجسم وتحرك اكثر مفاصله . ولا يخفى ان وظيفة العضلات لا تقف عند حد تحريك الاطراف او انتقال البدن من مكان الى آخر فحسب بل

لها فعل اعظم وأعم وهو تأثيرها النافع في جميع وظائف البدن اجمالاً كنفائدها في الدوران والغذاء وحصول الحرارة البدنية الغريزية وهي كذلك تنهي بيئة داخلية ثابتة وتنشط القوة الضرورية لأعمال الفكر .

والانسان لا تكمل صحته الا اذا كملت صفاته العقلية والفكرية وحسنت اعماله البدنية كلها .

فالرياضة هي كالنظافة حسنة وبركة وما ذاك في الاعمال البدنية فحسب ، بل في الحياة العقلية ايضاً .

ولا يخفى ان الانسان لا يكون حراً في اوقاته وعمله لذلك كان لا بد له من تنظيم رياضة او تمارين خاصة به ليستفيد في وقت قصير اقصى ما يمكنه من فائدة ولذلك ينبغي له عندئذ التقيد بنوع مقصود من ضروب الرياضة بحسب مكتته ولياقته يأتيها في وقت محدود بحسب نوعها والصلاة بتوقيتها واعتدالها وما يسبقها من وضوء وطهارة افضل الرياضات لانها رياضة طبيعية تشبه بنتائجها نتائج الرياضة الغريزية او السويدية وتفوقها بانتظام توقيتها وتكرارها خمس مرات في اليوم فحركات الصلاة طراز غريزي في الرياضة وتأثيرها الحسن في العضلات والمفاصل والعظام وتنشيط نموها وعملها تفيد في اخفاظة على تناسق الجسم وجماله ولها مع ما يسبقها من وضوء تأثير مبهج ممرح ومنشط .

ان الرياضة نافعة في كل سن منذ بدء الطفولة ولكنها تكون حركات غير مقصودة في ذاتها بل هي رغبة غريزية فطرية ، يأتي بها الطفل عن غير قصد . اما في الطفولة الثانية فتتخصص الرياضة في اللعب فقط . واللعب

في تلك السن هدف الطفل وكل ما يصبو اليه في حياته تلك وفي ذلك هناؤه وفائدته ايضاً لان اللعب والحركة يكسبانه النشاط البدني اجمالاً وهذا اساس في التشوء والنماء . اما في نهاية هذه الطفولة وفي سن الدراسة او في الفتوة منها خاصة فيكون للرياضة والممارسة البدنية المقصودة شأن عظيم لضرورتها في تقوية العضل وانماء البدن اجمالاً ونشاطه . وحيث ان الطفل او الفتى لا يكون حراً في اوقاته وعمله كما هو في الطفولة المجردة كان لا بد من تنظيم رياضة او تمارين خاصة به . ولا شك ان حركات الصلاة البدنية احسن انواع هذه الرياضات وقد فرضها المولى عز وجل على كل مسلم يافع وعافل . وتؤمر بها الاولاد لسبع سنين وهو الزمن الذي يبدأ الولد فيه بصرف قسم من وقته للدراسة او لتعلم صنعة من الصنائع فتقل رياضته مع شدة حاجته اليها . فقيامه بالصلاة الذي يؤمر به شرعاً في هذه السن يكفيه حاجة جسمه من الرياضة . ولا تقل الحاجة في الفتوة والبلوغ الى الرياضة عما في الاطفال والاولاد لا بل هي واجبة في هذا الزمن من الحياة لاستمرارالنشؤ الذي يفتر الى النشاط البدني مطلقاً .

واما في الكهولة فلا بد لكاهل من مزاوله الممارسة البدنية اذ من المعلوم ان الكهل كثيراً ما يتعرض في حياته الى بطة التمثل واضطرابه وكثيراً ما ينشأ عن ذلك احوال مرضية مزعجة كالتقرس والانفصاج (فرط السن) واليالة السكرية والشقيقة وسوء الهضم وما شابه ذلك . فالصلاة لهؤلاء مفيدة لما تفعله في البدن من النشاط اجمالاً ونشاط الغذاء خاصة .

ولا يقل افتقار الشيوخ الى الرياضة المعتدلة (الصلاة) عن غيرهم

والخلاصة ان الرياضة المعتدلة والصلاة عند المسلمين افضلها ضرورة جداً في الحياة واسطة حسنة لتنام الصحة ولا تقتصر فائدتها على نظافة البدن بالوضوء السابق لها وعلى الاعمال الآلية في البدن فحسب بل تفيد في تنشيط كثير من الاعضاء والاجهزة للقيام بوظائفها حق القيام ، بل يكون لها تأثير حسن جداً في الاعمال الفكرية ايضاً تصديقاً لما يقال من ان العقل الصحيح في الجسم الصحيح . ولذلك يكون المتروض بالصلاة لما فيها من حركات بدنية ومعاني نفسانية جسيمة وأمر بالمعروف ونهي عن المنكر صحيح الجسم قوي الارادة ، حسن الاعتماد على نفسه ، جلدأً على الطوارئ ، اكظم لفيظه واضبط لنفسه عند الغضب او الخطر ويكون كذلك احزم واشجع واعلى نظراً في الحياة ، كريماً محباً للخير والنفع العام . لهذه النتائج الحسنة كانت الرياضة واجبة على كل انسان وكانت الصلاة فرضاً على المسلمين طول الحياة . هذا وغلاوة على فوائد الصلاة العامة فلها فوائد خاصة نجمها فيما يلي :

١ - صلاة الصبح : يكون ادائها في وقت معين وهو من طلوع الفجر الصادق الى قبل طلوع الشمس . يؤدي اداء هذا القرض الى تعويد الجسم التذكير في اليقظة من النوم وتنظيف اعضاء الجسم المكشوفة وتنشيطها وتنبيه اجهزة التنفس والدوران والاختذاء والرغبة في استمرار طعام الصبح وسرعة هضمه وتنظيم اعمال ذلك اليوم الدنيوية وتديرها بهمة ونشاط دون فتور او ملل

٢ - صلاة الظهر : ووقت اداء هذا القرض يبدأ من الزوال الى ان يصير ظل كل شيء مثليه فان اديت هذه الفريضة في بدء أوانها اذهبت عن الجسم

ما لحقه من تعب في الجهد والعمل وازالت عن النفس ما لحقها من غم وهم ونهت جهاز الهضم وغيره من الاجزء فازدادت الرغبة في الطعام ومتى كان الطعام مأخوذاً عن رغبة وشهية كانت فائدته للجسم اعم واقمع . وان قام المصلي بهذا القرض في آخر وقته كان مسرعاً لهضم طعام الظهر عدا ما فيه من فوائد عامة .

٣- صلاة العصر : وقت اداء هذه الصلاة من انتهاء زمن الظهر الى غروب الشمس وتعرف هذه الصلاة بالصلاة الوسطى والاوامر بالحفاظة عليها كثيرة ولها من القوائد الخاصة ان التكليف بادائها مواقت لزمن يكون الانسان فيه منهكاً بفكره وجسمه فان لم يروض عن نفسه بتنشيط فكره وجسمه ولدى ذلك فيه بهض الاضطراب الذي لا يلبث ان يزداد مع الزمن فضلاً عن ان هذا الزمن زمن الهضم والوضوء والصلاة فيه مدعاة لتسييره وتسريعه .

٤- صلاة المغرب : وزمن اداء هذا القرض بين غروب الشمس والشفق الاخر وله من التأثير الخاص في تنشيط الجسم واعام الهضم ما لوقتي الظهر والعصر .

٥- صلاة العشاء : وزمنها من الشفق الاخر الى الصبح فان اقيمت صلاة العشاء قبل طعام العشاء كانت منبهة للرغبة فيه وان ادبت قبل النوم كانت مسرعة لهضم طعام المساء .

وعدا ذلك فان لحركات الصلاة الخاصة منافع جسيمة في كثير من الامراض بدأ العلماء يبرفون فضائلها ويوصون مرضاهم بها فالر كوع بتقليعه

عضلات البطن يقوي هذا الجدار ويمنعه عن الاسترخاء وينتج حركات الاحشاء والامعاء فيخلص الشخص من ربة القبض الشديد الضرر واما السجود فيعرف طبياً بالوضعة الركبية الصدرية يقلص عضلات البطن تقلصاً اعم واشد ويحرك الحجاب الحاجز وينتج المعدة فيدفع ما بها ويخلصها من الوقوع في مرض التمدد المزعج وبقيها من مرض بلع الهواء الكثير المظاهر . وقد اصبح البحث عن تقع هذه الوضعة في مداواة بعض امراض المدة والوقاية منها امراً ثابثاً ومدروساً .

هذا ويجب علينا القول باننا بحثنا عن الصلاة من الوجهة الصحية باعتبار الفصل والوضوء وسائل للنظافة وتنشيط الجسم وباعتبار الصلاة حركات رياضية في حين ان الغاية منها في الاسلام اعم من ذلك

بعض مقاصد الصلاة

ليس المقصود بالوضوء والغسل والصلاة تنظيف الظاهر بالماء فحسب بل دعوة الى تنظيف الباطن من الاخلاق الرديئة فقد جاء في الخبر (الطهور شطر الايمان) ولا يكون كذلك وهو مقصور على نظافة الظاهر لهذا قصد الشارع الحكيم ان يغرس في الناس خلق نظافة الظاهر ، يطهروا بواطنهم فيتخلوا عن الاخلاق الذميمة ويحلوا بالسجايا المحمودة ويتمسكوا بالمشروع من المعائد فانه اذا استحكمت الموافقة تمددت المراقبة

واما الصلاة فانها اذا أدت على الوجه المطلوب من الحشوع والتعظيم والحياء غيرت ما جبلت عليه نفس الانسان لان الانسان خلق بفطرته غير

ثابت في احواله ان رزقه الله خيراً بطر وطني وان رزقه الشر جزء وسخط
فاذا ادى المسلم الصلاة كل يوم خمس مرات في اوقاتها الراتبه استفاد منها في
صحته كما ينال وتوطنت نفسه على الثبات وقوة الجأش. مما تقدم يتبين ان
الصلاة وسيلة الى تغيير قبيح الاخلاق وادخالها الى اجمل الاخلاق واعلاها
وانها تكسب صاحبها توطن النفس على النظام وحفظ المواعيد والاوقات
والثبات والمثابرة وقوة المزيمة والثؤدة والتروي في الامور والى فضل الصلاة
في هذا المعنى يشير قوله تعالى ان الانسان خلق هلوفا اذا مسه الشر جزوعا
واذا مسه الخير منوعا . الا المصلين »

ان الصلاة داعية الى راحة الفكر ولذلك اثر كبير في صحة الجسم لانها
بما اشتملت عليه من القراءة والركوع والسجود ومظاهر الخضوع لله سبحانه
وتعالى تجعل المصلي مرتاح الضمير ، طاهر الوجدان ولهذا اعظم الاثر
في تمتع الشخص بحياة رغيدة هنيئة .

ان توقيت الصلاة باوقات راتبه سبب لاستدامة صلاح الخلق لان
فيها تذكراً بالمعروف ونها عن المنكر . وفيها اشراق القلوب بالحرية
وتعويد المساواة والآخاء وتعويد النفوس الطاعة لمن يجب له الطاعة .
ينضح مما تقدم ان الصلاة تنظف الأجسام والآثواب والامكنة ويكون
النشاط والنظام والتعاون وتتأصل كل مبادئ الخير في النفس ولذلك كانت
الصلاة اكثر العبادات التي حث عليها القرآن الكريم وكانت الدعامة الثانية
من دعائم الاسلام وورد ذكرها في كثير من الآيات الصريحة
والاحاديث الشريفة .

التناذرات المؤلمة لاستيلاء السرطان المتسع

على الصقل في المصابات بسرطان الثدي

ترجمة الطيم يوسف حاتم

يحدث سرطان الثدي انتقالات عظمية أكثر مما كان يظن سابقاً (١) وهذه الانتقالات محددة ومنعزلة او منتشرة ومتسعة. وقد تحدث نواة منعزلة آلاماً شديدة غير ان بحثنا هنا يدور على دوس الألم في سياق استيلاء السرطان استيلاءً واسعاً على الصقل (squelette)

وامر هذه الاستيلاءات السرطانية المنتشرة على الصقل يتضح يوماً عن يوم ، لان الطيب الممارس الذي نبهه الاختبار ، يدقق فيها ويأخذ صوراً شعاعية متسلسلة للجهاز العظمي ، ان مؤسسات مقاومة السرطان المجهزة بشتى الوسائل تمكنت بسبب كثرة مشاهداتها على المريضات من تتبع المصابات بسرطان الثدي حتى ادوار مرضهن الاخيرة ، هذه الادوار التي لم يكن الاطباء يتابعون سيرها حتى النهاية .

قد لا يؤلم استيلاء السرطان على العظم بل يسير خلسة حتى يدف حاملته

(١) يقول فورغ في هذا الموضوع « في كتابه الامراض الخارجية الطبعة التاسعة الصفحة ٣٣٨ لا تنتخب انتقالات سرطان الثدي السمود الفقري بل الكبد في نصف الحوادث ، وفي اطروحة تلميذا بورستين (Burstyn) ٦٣ مشاهدة شخصية منها ٥٣ انتقالاً ومن هذه ٣٦ انتقالاً عظمياً منها ١٠ قرية و٤ كبدية فقط .

او يعرف : اما بانكسار العظم عفواً الذي يمدُّ عرضه الاول او بتكسف العظم الذي تتضارب الآراء في تشخيصه. وتسرع اوجاع انتقال السرطان الى العظم موت كثيرات من المريضات اللواتي لا تقوى اشد المسكنات على تخفيف وطأتها وقد يمتن ولا يعرف مرضهن لان السرطان الذي يستولي على العظم قد لا يظهر على سطحه .

وتخرج عن موضوعنا التأذرات النامة على سرطان السحايا وسرطان كل من النخاع الشوكي والجذور والصفائر او الجذوع العصبية هذه التأذرات التي وصفها فالبو وروسو وكاز اليس وشاركو وتريه وغيرهم وقد لفت شاركو (١) منذ السنة ١٧٦٥ الى شأن سرطان الثدي في الفالج المؤلم ونسبه الى انضغاط الجذور الشوكية المعزجة وتخثرها بقايا هجرات السرطان . اما الحالات التي نصفها فتم بالخاصة على اصابة العظم المنفرد : تتألم المريضة من عظمها . وتتقدم هذه الآلام في الغالب علامات الاستيلاء على النخاع الشوكي او الجذور والجذوع وانضغاطها مؤلمة التأذرات الاساسية التي وصفها الاعصابيون وترافق هذه التأذرات في الغالب آلام متشعبة من المحيط ولكنها لا تنصف بيات الحالات الالمية وانتظامها التي تحدثها اصابة النخاع الشوكي والجذور والصفائر والاعصاب اذا افشى بعض من الآفات التي تحدث آلاماً عظمية الى تأذرات عصبية منتظمة فقد تبقى في بعض من الحالات الاخرى مقصورة على الصقل كما ان انكساحة (paraplégie) مؤلمة في

(١) شاركو : في خطابه عن الفالج المؤلم وعن سداة الشرطن التي تحدث في بعض

مصابة بسرطان الثدي قد تظهر منذ البدء باصابة سحايا النخاع الشوكي والاعصاب بدون ان تتبعها اصابة العقل .

ولم تزل آلية استيلاء العظم المتسع في سياق سرطان الثدي قيد البحث وقد قدم الباحث لمؤتمر الجراحي الفرنسي في السنة ١٩٣٧ تقريراً عن هذا الموضوع لا مجال الى اعادته هنا وانا نكتفي بتذكير القارئ ان الاستيلاء العظمي المنتشر الذي تصف تظاهراته المرضية قد يحدث ١ - بطريق الدم (دله) ٢ - بطريق المجاري الالفاوية السائرة على اغشية المضلات (هاندله) ٣ - بطريق المجاري الالفاوية الكبيرة المتجهة الى العقل والمرافقة للاوعية الكبيرة (كارنة ، هول ، دوكونغ) ونظن ان هذا الطريق الاخير اكثرها حدوثاً .

وبلغنا الدرس الشعاعي المتسلسل للعقل ان نماذج اصابة العظم المتسعة في سياق سرطان الثدي ثلاثة

ويظن المؤلف ان كل اصابة عظمية متسعة تبدأ باصابة الفقار . ثم تستولي الآفات على الزنار الكتفي والزنار الحوضي وقد تعم العقل بكامله . وقد يكون سير الاصابة الفقرية خفياً من الوجهتين السريرية والشعاعية فيظن ان الآفة ابتدأت بالزنارين الكتفي المضدي والماني المدوري الاستقرار في السمود الفقرية: تدر اصابة فقررة واحدة وتكثر اصابة عدة فقر رقية وظهرية وعجزية واصابة الظهرية والمجزية اكثر من الرقية . ويعتقد المؤلفون القدماء (كازاليس ، شاركو تريبه) ان القطعة المعجزية تصاب اكثر من القطعة الظهرية ولسنا نشاطرهم رأيهم لان

الاصابة الظهرية قد تبقى مستترة .

الاستقرار في الزنار العلوي او الكتفي المضدي : تصاب الترقوة ، واللوح
ولا سيما في عنقه او صدغه والنقا (humerus) بالتتابع او معاً . وتكثر اصابة
الذنا ذلك لان تشخيصه اسهل اثباتاً بالفحصين السريري والشعاعي .
وتتوضع الآفات على رأس النقا وعنقه التشريحي وحدبته الكبيرة وعنقه
الجراحي ولا سيما عند ارتكاز العضلة الدالية على المضد حيث تكثر
انكسارات النقا عفوياً

الاستقرار في الزنار السفلي او النائي الدوري : يستقر السرطان في عظام
الحرقفة والمانة والنهاية العلوية لمظم الفخذ وقد يتفكك المفصل الحرقفي
الفخذي بظف اجزائه وقد ينقسم الحوض قسمين : احدهما علوي والآخر
سفلي بفرق اتصال عبر الجوفين الحقيين ويسهل استقصاء عظم الفخذ
في الزنار السفلي كما يسهل استقصاء النقا في الزنار العلوي وتحدث كسوره
اما بمحاذاة عنقه او خلال حديثه او تحتها

وبعد ان يصاب عمود الفقار في الزنارين العلوي والسفلي قد تعم الآفة
العقل كله او القسم الاكبر منه (التهاب المظم السرطاني المنتشر) غير ان
موت المريضة المبكر على ما نظن يحول دون اصابة عظام الساعدين واليدين
والساقين والقدمين .

ويثبت درس الصور الشعاعية مقررات التشريح المرضي ويبين ان اصابة
الصقل السرطانية ثلاثة اشكال :

الشكل الكاسر او الثاقب للعظم : الذي يتصف باغلية كبيرة تثقب المظم او

تجوفه أو باخلة صغيرة مدورة بيضية قد يشابه منظرها في اقسام العظم المركزية او القشرية العظم الباسئ .

الشكل المصور والنمى للعظم تظهر رسوم العظم فيه ظلية: فقرات سود وعمود فقري بشكل الحازوق .

الشكل المختلط: يتصف بهشاشة العظم الذي تحيط به حواجز متكلسة متكسفة فترم قشرة العظم وتهب له منظرأ أرقط

....

ونميز ثلاثة تناذرات مؤلة مناسبة للاستقراوات التشريحية المرضية التي ذكرناها والتي قد تفضي الى تناذر الاستيلاء على الصقل بكامله . واتنا نبحث اولاً بصورة عامة في هذه الحالات الالمية ثم نصف كلاً منها على حدة . ويختلف ظهور هذه التناذرات المؤلة : فقد تظهر قبل ان يكون سرطان الثدي قد عولج فيشاهد حينئذ ورم فظير الدماغ ، وهذا نادر ، او سرطان صلب ، وهذا اكثر ، وقد اورد تريبه من ١٨٦٦ ورماً ١٦ انتقالاً نخاعياً شوكياً والسرطان الصلب قد يكون عادياً او ضمورياً او متقرحاً وقد تبدو في الثديين آفات متائلة .

او يظهر التناذر الالمى بعد معالجة السرطان فاذا كان قد أشع فاما ان يكون الورم قد غاب وتكون الناحية قد ضمرت او ان يكون قد بدا نكس موضعي متقرح او غير متقرح ، او نكس عقدي تحت الابط او فوق الترقوة و اذا كان الثدي قد استؤصل ترى ندبة خطية لينة او نكس موضعي او عقدي وقد لا يرى اقل تقرح على جلد الناحية المشعة ، او المستأصل ورمها ،

او التي لم تعالج اقل معالجة وقد ترى تقرحات مبعثرة على القفص الصدري حتى جدار البطن وجذر الفخذين والقروء. والانتقالات الحشوية والرئوية والجنبية قد تصادف او لا تصادف .

وتختلف حالة المريضات العامة ويشاهد منها نموذجان : فالمریضة سميئة او هزيلة والحالة الاولى تستدعي العجب لكثرتها فقد تصادف مصابات بسرطان الثدي مع اصابة الصقل المنتشر قويات سمينات متوردات الحدود ولا يشاهد هذا الا في الاشكال السرطانية القليلة الا لم

ودرس دم المصابات بسرطان الثدي المترافق بانتشار عظمي متسع لا يخلو من القائمة لان المؤلف بحث فيه منذ عدة سنين مع مساعدته الآسة ميلتزكي ووجد ان نتيجة فحوصه تختلف : بعضهن لا تتغير صبغة دهن بل تبقى سليمة واخريات يشاهد فيهن اما فقر دم كرياتة قليلة الاصبغة او ذو اصبغة متماثلة، وهذا كثير الحدوث، او فقر دم كرياتة كثيرة الاصبغة، وهذا نادر. او تناذر يمتاز بفقر دم شديد كرياتة كثيرة الاصبغة مع كريات حمر منواة وخلايا غنية، وقد تكثر الكريات او تبدو خلايا غنية او خلايا تورك او كريات دم حمر منواة . والحلاصة ان الصبغة الدموية اما ان تشابه دماً سليماً او دماً مع مخثرات جزئية او دماً شديد التغير .

ويختلف زمن ظهور التناذرات الالية تبعاً لابتداء ورم الثدي السريري المستأصل او المشع او المهمل كما ان شدته لا تناسب الآفة التي تبدو بالرسم الشعاعي. فرب مریضة بدت آفاتها العظمية منذ عدة اشهر وانتشرت انتشاراً واسعاً وهي لا تتألم ولا تصاب بها . ورب اخرى مصابة بآفة جزئية

ومستقرة. في العمود الفقري أو في الزنار الكتفي المضدي أو الزنار الخوضي
المقدوري تتألم ألاماً مبرحاً.

وحوادث أخرى لا ينظر فيها إلا إلى بدء الشرطان السريري وظهور
التأذات الخلقية المبكرة أو المتأخر وقتها ما أكده شاوكون بشأن الشلل المؤلم
فإن ظهوره ممكن في أوقات مختلفة من سبيل الآفة الشرجية البدئية : بعد
بضعة أشهر من بدء الظاهر أو بعد عدة سنين : ويختلف طرز بدء هذه
التأذات الالية فارة تأتي خلطة بشكل آلام خفيفة وطوراً تكون أشد
وعادة ويسرع مفاجأة مشابهة لتوب الرثية وقد يبدأ التأذات بكسر العمود
الفقرتي أو النقا أو عنق العنق خفواً .

وتختلف الأوصاف الخاصة للتأذات الالية بحسب استقرار الانتقالات
ولكنها تدور حول نقطة واحدة ولا تتمدى ثلاث نقاط يرفها من يتردد
على مؤنصات الشرجية ويستقيم إلى أولئك المريضات اللواتي يزددن دائماً :
التي تتألم من ظهري ، تألم من كتفي ، تألم من فخذي غير علامات علاقة
الآلام العنقية ببدء نديهن .

١ - تأذ فقري أو بوتي موه : « تألم من العمود الفقري » تقول المريضات
اللواتي يأتين لاستشارة الطبيب ولم تبدل وضعتهن أو بعد أن يظهرن
كمصابات بداء بوت . وتأخذ الآلام المعوية عدة نماذج : فتستولي أحياناً
على قطعة فقرية وتكون كاسرة أو نافية أو متشعبة أو متقطعة أو واحدة أو
ذات اتجاهات مختلفة غير أن المريضة تميز دائماً أنها تنشأ من الظهر . وهي
ليلية ونهارية ومستمعية على المسكنات ولا تكاد تخفّفها الراحة والتثبيت

بمكس آلام داه بوت الحقيقي .

ويوقف جس احد التوائ الشوكية الالم المحدث في الغالب وقد يوقفه
جس التليء المعترض وقد يظهر الالم أيضاً اذا عطفت المريضة عمودها
الفقري او بسطته .

وجود المود مختلف الوضع وهو في الغالب اقل مما في داء بوت
الحقيقي ، والمجز تابع للالام وجود المود الفقاري

وتختلف العلامات التي ذكرناها بحسب استقرار الآفة السرطانية في
الفقر فإذا استقرت في العنق ؟ قالت المريضة اني : اتالم من عنقي ؟ وإذا
جست النقرة بدت غليظة وظل الرأس عموداً أو كان في وضعة الأجل :
وإذا استقرت في الظهر ؟ قالت المريضة اني : اتالم من ظهري ؟ وهو
الالم الاكثر معادفة . ويكشف الجس بروز احد التوائ الشوكية وإذا
استقرت في العجز ؟ قالت المريضة اني : اتالم من خاصرتي وهذا الالم كثير
الحدوث أيضاً لا بل اكثر حدوثاً بحسب المؤلفين القدماء من النموذج
السابق . وجود الفقار في هذه الناحية أسهل ايضاً من الالم المحدث بالجس
لان متانة ارتباط الفقار في هذه الناحية واتساعها لا تمكنها من التحرك
بتوائها الشوكية .

وإذا استقرت في العمود الفقري : جلمه ؟ قالت المريضة ان ظهري جلمه
يؤلمني منذ العنق حتى العجز وهذا الشكل قليل المصادفة . وسير التأذر الفقاري
واحد دائماً فالآلام تأخذ بالاشتداد لا تشيأ الاقلت ولا تهيج مطلقاً وتظهر
اختلاطات : وهتلة : ما يحدث أيضاً في التأذرات الكيفية المضدية .

والخوضية المدورية .

وانكسار فقرة واحدة او عدة فقرات بالتكوم وظهور حدة بemde أمر كثير الحدوث وهو الشكل الأكثر مشابهة لداء بوت الحقيقي . وقد يصادف انضغاط نخاعي ذبلي مع آلام مبرحة واضطراب المصرات وخشكريشات ، وكساحة تشنجية او رخوة وهو التناذر الذي يعرفه الاعصابيون حق المعرفة ويصفه المؤلفون القدماء كأنه جزء من سرطانات الثدي وهو ما درسه شاركو في بحثه عن الكساحة المؤلمة .

واذا طالبت حياة المريضة ازدادت آفة العظم اتساعاً وقد تفضي الى تخلل العظم السرطاني المنتشر الذي يمرّ بالتأذات الآتية :

٢ - تناذر كتي عضي : تقول المريضة انني اتألم من كتفي وتستقر الآلام العفوية البلية او النهائية في ناحية الترقوة والوحو ولا سيما النقا وهي آلام عميقة تظنها المريضة رثة في الكتف او الكتفين وتقول انها تشعر كأن كلباً ينهش عظامها . وقد تبدو آلام متشعبة ولكنها لا تتصف بوضوح ولا بشدة الآلام التي تحدثها انضغاطات الضعائر او الجذوع بل هي آلام مبهمه ومنقطعة في منطقة الزندي والكعبري والمتوسط . وتوقظ الآلام المحدثه بضغط الترقوة والفراب والنقا بالحامة ومتى جست الوابطة (رأس النقا) ، او العنق التشريحي او العنق الجراحي صرخت المريضة . وجود الكتف ، وضمور العضلات وعجز الطرف متفاوتة الشدة .

ويسير التناذر المفرد او المزدوج بلا وقوف فيزداد ألم المريضة يوماً عن يوم ولا يسكن ألمها سوى المقادير الكبيرة من المورفين التي تخملها

وقد تظهر علامات جديدة : كسور عفوية في العنق التشريحي او العنق الجراحي بالخاصة واضطرابات ناجمة عن الضغط اعصاب الطرف العلوي
٣ — تأذر عاني مدوري : تقول المريضة اتي انا لم من فخذى . تستقر
الآلام العفوية بالخاصة في حذاء عظم الحرقفة والمانة ، والمدور الكبير
وتتشمع احياناً على طول المصبين الفخذيين والنسا
ويوقف الضغط اماً محدثاً في حذاء المانة والورك وجناح الحرقفة
والمدور الكبير .

وجود الورك متبدل ، ويظهر ضهور الفضلات ويهزل الطرفان السفليان ويضعفان . وتتصف الاستقرارات العظمية المختلفة على الزاير السفلي
بتغلب الملامات المؤلة في الحرقفة والمانة والورك والفخذ سواء في الطرف الواحد او الطرفين .

ولا يختلف السير عنه في التأذرات الفقرية او الكفوية المضدية فقد يزداد
على الا لم كسر عفوي في الحوض او عنق الفخذ او المدور الكبير او جسم
المظم ايضاً وقد تخفق الآفة السرطانية الصغيرتين القطنية والمجزية
والاعصاب المتفرعة منها .

وقد يسير التأذر العاني المدوري منتشرأ انتشاراً متساعاً في الصقل ومحدثاً
تخلخل المظم السرطاني المنتشر فتقول المريضة اتي انا لم في كل مكان والآلام
العفوية موضوعة في نقاط عديدة من الصقل ، او مبهمة ومتشعبة ومتبدلة . وتتسفر
الآلام المحدثة في المظام جميعها ولا تقوى المسكنات على تخفيفها وبعض من
المريضات لا يستطيع مسهن بلا ايقاف ألم مبرح فيهن (شاركو) . وكل ما

شأنه أن يحرك جسم المريضة أو أطرافها كالبول والتغوط والتبرج تجده المريضة شاقاً ومؤلماً وتموت هذه المريضات الملازمات لأسرتهن اللواتي تنبو عنهن حتى اعز صديقاتهن مدفاتٍ أو بغفونة بولية أو رثوية من كثرة الحشكرشات

هذه هي اهم التناذرات المؤلمة التي تصادف في استيلاء السرطان المتسع على الصقل في مريضات مصابات بسرطان الثدي ويظهر ان هذه الحالات الالية قد كثرت عن ذي قبل ولعل كثرتها عائدة الى تقدم فن المداواة وطول أجل المصابات بسرطانات الثدي .

ونحن نعتقد انها زيادة ظاهرة فقط لاننا اصبحنا اليوم اكثر انتباهاً الى عزو الآلام التي تظهر في مصابة بسرطان الثدي الى اسبابها الحقيقية واشد اطلاقاً بالفحوص الشعاعية المتسلسلة على كشف الآفات العظمية المسببة للتناذرات الالية .



مؤسسات الاسعاف والصحة في باريز

لا شك ان كل طبيب يقصد عواصم ديار الغرب تتوق نفسه الى زيارة مؤسساتها الطبية . وكان ذلك حالي في زيارتي . غير انه لم يتيسر لي في زيارتي الاولى ان احقق هذه الرغبة تحقيقاً كاملاً لذلك عزمت في الثانية ان اطلع على المؤسسات المذكورة في اشهر عواصم الغرب فرأيت انها في باريز تكاد تكون نموذجاً بسبب ما ادخل عليها من رقي ووسائل حديثة واخذت افكر في خير الوسائل لزيارة المعاهد المذكورة .

وبينا كنت ذات يوم هاماً بمعاودة النزول الذي انا فيه اذا بالحاجب يناديني الى الهاتف واذا بالمخاطب السيد بوازا (Poizat) مدير الدعاية للمعامل (بولان سبسيا) الذي سألتني عما اذا كنت راغباً في زيارة مؤسسات باريز او ليون الطبية وقد قال لي انه يكون ممتناً كثيراً اذا لبت دعوته وصاحبه في زيارة الاماكن المذكورة وقد اتفقنا ان نبتدى بزيارة مستشفى بوجون (Beajon) الحديث في احد ايام الجمعة صباحاً . فسررت من هذه الصدقة . قصدت في اليوم المعين الى مقر السيد بوازا في شارع (Jean Gonjon) فاذا بي امام بناية ضخمة مؤلفة من عدة طوابق وفيها صحن يشبه صحن الدور الشرقية . تقدمت الى مدير الدعاية المذكور فاذا به شخص لطيف المعشر رقيق الطباع ، صبيح الوجه ، باسم انثر يجعل مخاطبه الذي تعرف عليه منذ لحظات يظن انه عاد واياه صديقين حميمين وان قد حلت محل كلغة التعارف بينهما الفة الصداقة والمودة . وقد عرض علي ان ازور بمصحبه مشافي باريز وبعض دورها

الصحية ومخاطرها وان اكون ضيف المعمل في رحلتي الى ليون لزيارة المؤسسات الصحية ومعامل بولان سبسيا فيها فقبلت شاكرآ . وابدأ في هذا البحث بذكر ذرو عن المعامل المذكورة لانهم القسم الطبي الصناعي من ذكرياتي في رحلتي ثم اعود الى البحث عن دور الاسعاف والصنعة في فرنسا وخاصة في باريز وليون .

معامل الرن بولان وسبسيا (Usines du Rhone, Poulenc - Spécia)

تعنى المعامل المذكورة باستحصاال المواد الطبية الصيدلانية والمواد الصناعية والمطورات وقد توصل القائمون على هذه المعامل ان يستحصلوا على جميع ما يلزم للعمل في المعامل نفسها وبعض هذه المعامل واقع في باريز وبعضها في ليون ويشتغل في هذه المعامل ٥٠٠٠ شخص منهم ٢٥٠ مهندسا كيميائيا وقد تخصصت بعض فروع هذه المعامل فاصبح فرع (Spécia) للمواد الدوائية وفرع (Prolabo) للمواد الكيميائية اللازمة للمخابر والبحوث الطبية والصناعية ولطبع الكثير من الآلات المخبرية وفرع (Rhodiaceta) للمحرر الاصطناعي . ولما يدعو الى الاعجاب بمعامل الرن بولان في ليون هو تلك المخابر الطبية من كيميائية وتحليلية .

اما معامل (Spécia) فانها موجودة في ليون بالقرب من معامل رن بولان وتجهز فيها بشكل صيدلاني المواد الكيميائية المصنوعة في مؤسسات الرن بولان وتبأ في هذه المعامل المجهزة باحدث الوسائل كثير من الادوية الكيميائية المشهورة في انحاء العالم كالنوفاد والبرويدون والدملكوس وغير ذلك . شوكة موفق النطلي

مطبوعات حديثة

١ - الطب الشرعي وعلم السموم

لؤلفه الدكتور فؤاد غصن

ان الطب الشرعي اصعب فروع الاختصاص على الاطلاق والطبيب الشرعي الحاذق اشتهر شيء بموسوعة طبية فهو في حاجة الى الجراحة في تقاريره عن الجروح والكسور والحروق والآفات الجراحية اجمالاً ، والى الطب الباطن في ابحاثه عن الامراض الباطنة ، والى امراض العقل والجملة العصبية في مرضاه المعتوهين المهروعين والمقلدين منهم ، والى الكيمياء في الانسمامات ، والى علم الطبيعة في كشف بمض القضايا وحل رموزها . والى الجبر في درس كثير من المواد الطبيعية والمفرزات ، والى امراض الاذن والعين في آفات هذين العضوين وفي الجملة انه في حاجة الى استجاع معلومات وافية كافية من جميع فروع الطب والاّ خبط في تقاريره الشرعية خبط عشواء واضلّ بها المحاكم واضرّ ذوي المصالح فلا عجب اذا قلّ اطباء الشرع ، واعني الحاذقين منهم ، واذا ما عزّ هذا الاختصاص على الكثيرين .

ولا غرابة اذا ما كانت المؤلفات التي تبحث في الطب الشرعي منيعة على الباحث لا تماثلها اقلام المؤلفين الا بكثير من الحيلة والتخوف .

وقد بلغ الطب الشرعي في بلاد الغرب الدرجة القصوى من الانتقاء

فيه تحل القضايا المعقدة وتكشف الامور المتعلقة فكم وقف الحكام مكتوفي الايدي وتولتهم الحيرة امام بعض من القضايا فلم يكن لهم منجداً غير الطب الشرعي فيها . وكمنحا القضية نحواً ظنوه صائباً فظهر لهم الطب الشرعي انهم على خطأ في ما يعملون وبعد ان سدد خطاهم وغيروا نهجهم تحققوا ان القن كان مضيئاً وانهم المخطئون . اما في بلادنا فلم يرتق الطب الشرعي ارتقاءً مناسباً لرقى الفروع الاخرى من الطب وقبلون هم الاطباء الشرعيون الذين يستطيع الالتجاء اليهم في حل المشاكل الغامضة ويركن الى استنتاجاتهم في القضايا المهمة بل قليلون هم الذين يعرفون طريقة الاستفادة من اختصاص الاختصاصيين وبراعتهم في فروعهم واذا كان هذا النوع نفسه لم يرتق الارتقاء الكافي فلا عجب اذا كانت المؤلفات التي تبحث فيه قليلة بل نادرة .

ان لغتنا العربية الغريزة فقيرة كل الفقر بمؤلفات الطب الشرعي واذا حوت خزائن كتبها بعضاً منها فانه قد عتق ورثاً واتي اذكر ، اذا لم تخفي الذاكرة ، ان اول كتاب عربي في الطب الشرعي ألّفه الدكتور علوي باشا ونشره في القطر المصري منذ زهاء نصف قرن وتعدت نسخه جميعها على تمادي الايام .

وقد مثلت في ذلك المؤلف معلومات ذلك العصر واصبح لا يصلح لزمننا الحاضر بعد ان تطور هذا الفن تطوراً محسوساً في خلال هذه المدة الطويلة . وآخر كتاب وقع نظري عليه ألّفه المرحوم الدكتور حكمت المرادي الذي عاجله الاجل قبل ان يكمله بفاه مبتوراً فضلاً عن ان احدى

عشرة سنة قد انقضت على طبعه فاصبح لا يفيد مستفيداً .
ومتى عرفنا ان من اكبر العقبات في سبيل التأليف والنشر خلّو هذه
البلاد من شركات تتماوز مع المؤلفين على طبع المؤلفات واضطرار الفرد
الى القيام بعمل الجماعة ادركنا الصعاب العلمية والمالية التي يحتاج المؤلف الى
تذليلها قبل ان يبرز مؤلفاً او يقوم بمشروع .

يستنتج مما تقدم ان وضع مؤلف جامع في الطب الشرعي امر لا يقدم
عليه الا من أوتي علماً غزيراً وصبراً جليلاً فهل استجمع مؤلف زميلنا الدكتور
فؤاد غصن الذي نتكلم عنه ما يطلبه الطبيب الشرعي في يومنا ؟

مؤلف الكتاب : ان المؤلف استاذ الطب الشرعي في جامعة بيروت
الاميركية، والطبيب الاستشاري وخير المحاكم اللبنانية، وعضو المعهد الملكي
للصحة العامة في لندن، وصاحب المجلة الطبية الدولية التي تصدر عن بيروت
ورئيس انشائها، أضاف الى ذلك اختباراً طويلاً وتنقيحاً مستمراً وتحفظاً
متواصلاً لا لتقاط كل طريف وذكاة فطرياً وتفتناً في الكتابة العربية
واطلاعاً كبيراً على اللغتين الانكليزية والفرنسية فجميع هذه المؤهبات تجعل
منه خير من مسك اليراعة لكتابة مؤلف في الطب الشرعي واذا ضمنت
الى ذلك تجرده واستقامته وصدقه وزاھته كان لك المثال الأعلى للطبيب
الشرعي المصري وعرفت ان مؤلف هذا الكتاب قد استجمع الشروط
الضرورية لاداء هذه الرسالة للعالم العربي .

إمحاء الكتاب : لم يهمل المؤلف بحثاً قديماً كان او حديثاً الا
ذكره في كتابه فيتنازى بحثاً في المروق والجروح والحق والشق وغيرها

من الابحاث التي غني بها اقدم الاطباء الشرعيين اطالع بحثاً عن الزمر الدموية وتطبيقاتها العدلية وآخر عن غازات الحروب وثالثاً عن تمييز الشعر وتقرير هويته وغير ذلك من ابحاث الطب الشرعي التي لم تذكرها الا المؤلفات الحديثة فابحاث الكتاب والحالة هذه كاملة تكفي الطيب العربي مؤونة التفتيش في المؤلفات الاجنبية وتغنيه عنها .

امنة الكتاب : فصحي لا تكاد تشوبها شائبة فهي من السهل المتع سلسة يستلطفها الطيب ، ويستسيفها الاديب ، ويستعذبها الحاكم ولا ينو عنها اللغوي الذي قد يرى فيها بعض الشذوذ عن القواعد ، وعذر المؤلف انه يكتب لثقات عديدة من الناس ، للطيب الذي قد يحجل لغة حدوده وللحاكم والمحامي اللذين قد اعتادا لغة خاصة في القضاء اذا شذَّ المؤلف عنها استفربا منه هذا الشذوذ ، وللقاضي الديني الذي درج في قضائه وتقاريره على صيغ خاصة لا يحد عنها ، وللشعب الذي قد تكون معرفته للغة العربية ابتدائية فاذا ما علا به المؤلف اضاع عليه الاستفادة مما يطالع .

لست انكر ان كل هذا لا يسمح التجاوز على قواعد اللغة صرفها ونحوها ويانها فاللفة تستطيع ان تكون نقية مع بقائها سهلة المثال غير ان لواضي المؤلفات العلمية بعض العذر في هذا التجاوز فهم امام عقتين عقبة المصطلحات والصيغ العلمية وعقبة جفاف البحث العلمي فاذا تمصب المؤلف للغة فلم يدون الا مصطلحات عربية غير مجيز الدخيل في ما يكتب جاء بحثه غريباً ومنيعاً على من يطالعه المرة الاولى ولو هان عليه بعدئذ .

واذا البس كتابه من ازاهر اليان والشعر ثوباً سندسياً جميلاً فقدت
الابحاث العلمية غايتها وضاع المطالع بين رونق التعبير والحقيقة العلمية نفسها.
فعلى القارىء ان يضع نفسه مكان المؤلف قبل ان يبدي رأياً وان يتمتع من
التسرع في النقد فان التطلع الى برج عالٍ وادراك ما فيه من الهفوات
الهندسية قد يكون سهلاً ولكن هندسة مثل ذلك البرج المتبع الشاهق امر
دونه الصعوبات

مظهر الكتاب : ألبس الكتاب حلة بديعة فقد طبع على اجود الورق
طبعاً متقناً وزين برسوم عديدة والحق باطلس تشرىحي جميل اتقنت لوحاته
اتقاناً متاهياً وذكرت فيها اسماء الاعضاء والنسج باسمائها العربية بجلالت
عوناً للطبيب والحامي والقاضي في مهمته وفهم ما يصعب عليه من الابحاث
وأردف بفهرس هجائي جامع مفصل يسهل على المطالع ايجاد ضالته باقصر
وقت ممكن .

.....

فالكتاب اذا ما نظرنا اليه من الوجهة العلمية رأيناه ندأ لمؤلفات الغرب
بجدائة موضوعاته وفضلناه عليها بما فيه من الابحاث الخاصة بقضائنا واذا
ما نظرنا الى مؤلفه رأيناه علماً في فنه وثبراساً يستضاء به في فرعه وكان علينا
ان توجه اليه تهانئنا الصادقة بما تحف به لغة الضاد وان نسدي الى زملائنا
واخواننا العرب النصيح باقتنائه وتزيين خزائن كتبهم به واذا فعلوا
يكونون قد احسنوا الى انفسهم ولتتهم وقدروا في الوقت نفسه جهود
المؤلف الكبيرة وعلمه وتفانيه .

مرشد خاطر

٢ - مجلة الفجر

هي مجلة علمية ادبية تاريخية صحية رئيس انشائها الدكتور ديف ابي المم الذي طارت شهرته في عالمي الطب والادب ، صدر جزؤها الاول في فجر السنة ١٩٣٩ فاذا به طالعاً بالموضوعات الادبية والعلمية والصحية .

وليس « الفجر » على ما تذكر حديثة في عالم الصحافة بل ان ادبية لبنان الكبيرة وخطيبته السنة الفذة الاميرة نجلا ابي المم شقيقة رئيس التحرير كانت تنشرها ثم انحجبت عن قرائها المتعطشين الى مناهلها العذبة منذ زهاء ست عشرة سنة واذا بزميلنا واديبنا ينفع فيها الآن روح الحياة والتجدد ويصدرها مجلة قشبية .

فنحن ندعو لزميلا الجديدة بالتقدم ولزميلنا الاديب بالنجاح في بث المبادئ العلمية والصحية بلغة الضاد المقترة الى هذا النوع من المجالات . وتنصح لقراء مجلتنا بالاشتراك بها وتشجيع هذا المشروع العلمي الكبير .
٢٠ خ .



مَجَلَّةُ المعهد الطبي العربي

دمشق في آذار سنة ١٩٣٩ م - الموافق لحرم سنة ١٣٥٨ هـ .

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلاثاء في ١٤ شباط سنة ١٩٣٩

١ — الطبيب لافوه . جرح صدري بطني بحري ناري : مرم دخل في جوار السرة واستقر تحت الجلد في الورب التاسع الايسر على الخط الابطي ، صدمة خفيفة . حالة عامة حسنة نبض وحرارة متوافقان ، تقلص العضلتين المستقيمتين الكبيرتين الخفيف ، يتساءل الباحث عما اذا كان الجرح نافذاً او غير نافذ وعما اذا كان التوسط واجباً او غير واجب . شق جلد البطن على الخط المتوسط وفوق السرة واستطيع بهذا الشق استقصاء مجرى الرمي فبدأ الصفاق (الباريطون) سليماً فلم يفتح وشفي الجرح .

٢ — الطبيب مرشد خاطر ، حادثة التهاب رتج ما كالم السلي مع التهاب الصفاق السلي الانبي الجيني وناسور غائطي : مريضة دخلت المستشفى لناسور غائطي في ناحية السرة ففتح يطنها لسد ناسورها واذا برى اربع دقيقة متفرحة ملتصقة بمجرى الناسور واحدتها مفتحة مباشرة فيه وبعد فلك هذه المرى وتحررها

وسد القروح فيها بدارتج ما كال ملتصقاً يجرى الناسور وغير مفتوح فيه ومتصلاً بروة دقيقة بعيداً عن الاعور زهاء عشرين سنتماً فقطع ودرم المي وكان الرتج مرصعاً بحبيبات سنجاية وقد اثبت الفحص النسيجي انه مصاب بأفة سليه . والمفيد في هذه المشاهدة بقاء الرتج ٣٥ سنة بدون اقل حارضة ثم اصابته بالسل بعد ان سل الصفاق .

الناقطة : العلماء لوسر كل ، شوكة الشطي ، مرشد خاطر .

٣ — العلم لوسر كل ، التهاب المثانة التزفي وحيات البطن : مريض دخل المستشفى باعراض صدمة فاجأته بعد ان تناول طعاماً وافرأ شيئاً ، خدر قطنه وفتح بطنه فبدت البقع الشمعية على الماساريقا وكان الثرب الكبير صلباً ومنكمشاً والمثانة منطمرة في درع من الالتهاب التزفي ، وقد مات المريض بعد العملية بثمان وخمسين ساعة . فكشف فتح جثته حية بطن طولها ٢٢ سنتماً كان قسم منها في الكبد والقسم الآخر في القناتين الكبدية والجامعة . وقد قامت هذه الدودة في هذه الحادثة بما تقوم به الحصة في احداث التهاب المثانة التزفي بسدها القناة وعودة الصفراء الى المثانة .

الناقطة : العلماء شاو ، لوسر كل ، شاول .

٤ — العلماء ترايو ومريدن وسيج — خراج كبد وكيها الماي : حادثة نادرة مريض مصاب بزحار متحولي اثبت المجهر بكشفه في الفائط متحولات وغلقاً ، كبده كبيرة مؤلمة فيها مجمع كبير ممتلئ مائلاً وفي الدم ازدياد الكريات البيض والكثيرات النوى منها ، اشير على المريض بالتوسط الجراحي فرفض ، ثم اصيب فالح شقي فجائي بعد بضعة ايام مع ارتفاع الحرارة وقضى نحبه بعد

هذه الطارئة . وكان التشخيص حتى تلك الساعة : خراج كبدي متحولاً
 مرقلاً بصمامة عفنة . وبما ان اهل المريض لم يسمعوا بفتح جثته فقد بزل
 ورمه فخرج منه مائع صافٍ كماء الزبوع الامر الدال على ان التشخيص
 كان خطأ وان الورم الذي ظن خراجاً لم يكن الا كيساً مائياً في كبدي ملتبئة
 واما الفالج الشقي في مريض عمره ستون سنة وضغطه منخفض فكان سببه
 تليين الدماغ على ما يرجح ولم يكن للكيس المائي علاقة به

الناقشة : سليمان شابو ، ترابو

م . خ .



١- جرح بطني صدري بمرم ناري

للعلم لافوه

ترجمه العلم عزة مریدن

اتلا تنقل هذه المشاهدة اليكم الا لكوننا عددناها ممضلة صعبة في جراحة الاسعاف ولان الجراح يستطيع التصرف بها وفقاً لما يبدو له من الفحص الذي يقوم به ، وغرضنا ان نبين لكم المراحل المتتابعة لها كما تننا السريرية قبل ان يستقر رأينا على التوسط الجراحي .

دخل جندي شعبة الجراحة في مستشفى فيريزيه بدمشق في ٢١ كانون الاول من السنة ٣٨ مصاباً بمرم في الناحية الصدرية البطنية

فحصنا الجريح فور دخوله فرأينا مدخل الرمي في جدار البطن وفي ايمن السرة زهاء ٦ سنتيمترات وعلى مستوى اعلى قليلاً من الاضلاع الكاذبة ولم يكن مخرج الرمي ولكنه كان يحس تحت الجلد بحذاء الورب التاسع الايسر وعلى الخط الابطي المتوسط فيكون الرمي قد اتبع مسيراً صاعداً من الايمن الى الايسر ومن الاسفل الى الاعلى . فالممضلة الجراحية التي جابهناها تنحصر بما يلي :

أنحن بازاء جرح نافذ مع آفة حشوية او ان الجرح جداري فحسب ؟ ان هذه الممضلة لا بد من حلها في السريع العاجل لاختيار طرز التوسط الجراحي ففي الحالة الاولى فتح البطن وترميم ماخر به الرمي وفي الحالة الثانية تنضير الجرح فقط .

ان مسير الرمي المستبطن للصفاق يمحلتنا على الظن باصابة الاعضاء التالية اذا كان الجرح نافذاً: الكبد أولاً ولا سيما فصها الايسر، المعدة، الطحال الحجاب الحاجز، الرئج الجنبي الايسر وقد استطعنا بفحص الجريح الكامل من جمع الادلة السكافية: لم يبد الجريح اعراض صدمة خفيفة، نبضه قوي وعدده ٧٥ في الدقيقة وحرارته لا تزيد عن ٣٧.٦، وضغطه الشرياني ١٦ - ٦.

فالحالة العامة الحسنة وعدم شحوب الاغشية المخاطية وبرد النهايات كل هذا كان كافياً لنفي النزف الباطن الوافر موقناً غير انه لم يكن كافياً لنفي النزف البطيء. واما من الوجهة الرئوية فان عدم ظهور الزلة، وعدم سكون الحجاب الحاجز وضعية العلامات الدالة على انصباب الدم في غشاء الجنب كل هذا يمحلتنا على نفي التفكير في آفة ما في الرئج الجنبي الايسر. غير ان فحص البطن كان يدعونا الى بعض الشك، فمع ان المريض لم يبق ولم يستره غشيان فان جس البطن كان يكشف تقعماً خفيفاً واضحاً في العضلة المستقيمة الكبيرة اليمنى.

ولم يكن وضوح في الناحية امام الكبد ولا خرس في انحاء البطن المنخفضة.

فالتعق هو العلامة الوحيدة التي جعلتنا ن فكر في تهو الرمي مع ان المشهد السريري العام لا يوافق النفوذ، هذا اذا تركنا جانباً فرضية تمزق حشا مملوءة قار او زف باطن متأخر. أجل ان هناك كثيراً من الحوادث تتعسف بتأخرات شتية بالاعراض الصفاقية درسها وقلوا حيث الآفة

المنحصرة في عضلات الجدار كافية لاحداث العوارض الصفاقية ولا سيما التقيع . غير ان الاعتماد على هذه الملامة فقط للاقلاع عن التوسط الجراحي قد يكون منه خطر على الحياة ، وقد اجري للمريض فحص شعاعي فلم تكشف ريج صفاقية فيه، فتحن اذن بازاء امرين :

اما اتباع وصية موندور القائلة بوجوب فتح البطن متى كان تقيع او تنضير مدخل الرمي واستخراجه من تحت الجلد والانتظار ريثما تبدو علامات اكثروضوحاً على اصابة الصفاق فيادر اذ ذاك الى التوسط . وقد ملنا الى اتباع رأي موندور وقررنا الاستقصاء وعزمنا على اجراء شق على الخط المتوسط فوق السرة مقاطع لسير الرمي المعترض لتمكن به من تحقق ما اذا كان الرمي نافذاً ففتح البطن او ما اذا كان الصفاق لم يشق فلا نصنع عملية للجريح لا حاجة اليه بها بل نمتنع عن فتح صفاقه .

خدرنا المريض موضعياً وشققنا على الخط المتوسط فوق السرة وفتحنا مسير الرمي الذي بدا على شكل ثقب مجفود في العضلات وكانت ذروة الذيل الحنجري مكسورة .

ولما بدا الصفاق تراءى لنا انه صحيح ولم يشق فاغلقنا الجدار وخطنا المدخل واستخرجنا الرمي المستقر تحت الجلد وكانت عواقب العملية طبيعية وخرج المريض معافى بعد ايام قليلة .

لقد قدمنا لكم هذه المشاهدة لتبين لكم الصفحات التي اتبعناها تدريجاً في عماكمتنا السريرية بازاء جرح قاري في الصدر والبطن قبل ان قررنا التوسط الذي بدا لنا جديراً بالاتباع وقد كنا مصيبين في اتباعه .

٢- حادثة التهاب رتج سلي مع التهاب صفاق

سلي جيني وياسور غانطي

للعام مرشد خاطر

لي الشرف ان اقدم لحضرتكم هذه المشاهدة النادرة :

المرأة خيرية بنت محمد معتوق سنه ٣٥ سنة من حي الميدان بدمشق
متزوجة منذ ١٨ سنة ولم تزق اولاداً دخلت شعبة الجراحة من المستشفى
العام في ٢٦ كانون الاول السنة ١٩٣٨ لتاسور سرتها وآلام مبهمة في الحفرة
الحرقية اليسرى منتشرة الى السرة .

بوابها : اصببت بنوب صرع منذ زهاء اثنتي عشرة سنة فكانت تقاتها
في الشهر ثلاث او اربع مرات وكانت في اثناء النوبة تتجبط الارض وتفقد
وعيا وتمض لسانها وتلوث اثوابها بالبول وقد عولجت نوبها بالناورينال
فخفت وطلأها منذ ذلك الحين . واجترقت يدها اليسرى في اثناء احدي
النوب فافضى الحرق البليغ الى بتر خنصرها وبصرها الايسرين .

وقد اصببت بنواسير في الثلث السفلي من المضد الايسر ونحت الابط
الايسر انصب منها صديد زهاء سنتين ثم شفيت من نفسها وبدون توسط
جراحي ولا تزال الندبات ظاهرة حتى الآن فالنواسير المضدية ملتصقة
بالعمق الامر الدال على منشأها من مشاشة النفا السفلي والندبة الابطية
ملتصقة ايضاً بالطبقات العميقة وهي من منشأ عقدي .

ومنذ سنتين شعرت ان بطنها يتنفخ واعتراها سعال وتشنج وافر وعرق ليلي واقطع طمها منذ ذلك الحين حتى اليوم فدخلت شعبة الامراض الباطنة من المستشفى العام حيث بزل جنبها وشخص التهاب الصفاق السلي، وبعد ان استشفته زهاء اسبوعين تركت المستشفى ولم تتعالج بعد تركها له الا بمجوعات كبيرة من زيت كبد الحوت الذي اشترت على اخذه طويلاً ومنذ زهاء ستة اشهر اخذت تشكو آلاماً في المانة (التاجية حول البرة) منتشرة الى خاصرتها اليسرى ثم انتبجت هذه الناحية واحمرت وانبثقت غفواً فخرج من الثقب قيح ومادة صفراء لها رائحة الفاساد ولم يزل الناسور مفتوحاً حتى اليوم وقد خرجت منه بعد تكونه بعدة ايام حية بطن .

الحالة الحاضرة - البطن: انحماؤه جميعاً لينة اذا استئثنا ناحية السرة حيث يشعر بكتلة صلبة مبهمة الحدود ملتصقة بالجلد التصاقاً وثيقاً . ويخيل الى الجالس ان تلك الكتلة ذنباً منتشراً الى الحفرة الحرقفية اليسرى . وهذه الكتلة جميعها مؤلمة وفيها بعض الحرس الخفيف .

والجلد حول السرة محتمق محمر مرتشح وتحت السرة والى يسارها قليلاً الناسور الذي ذكرناه .

الاشتهاء قليل والعرق الليلي وافر والهزال شديد والحرارة متبدلة من ٣٧,٣ - ٣٧,٨ والنبض من ٨٠ - ٩٠ الاجهزة الاخرى سليمة وليس في جهاز التنفس اثر لعللة سابقة .

التنوط طبيعي ولم تشك المريضة مطلقاً امساكاً او اسهالاً ،

المعالجة بالاشعة : عويفت المريضة بالاشعة بعد حقن فاسوردها بكمية من

اليهودول فسارت المادة الظليلة الى اليسار نحو الحفرة الحرقية اليسرى ثم انتشرت فلم يدرك بهذه المانة مقر الناسور الحقيقي وبعد ان عزمنا على اجراء حقنة شرجية ظليلة في اليوم الثاني لمعرفة ما اذا كان الناسور الغائطي متصلاً باحد القولونات او بالمعى الدقيق رفضت المريضة اجرائها لان اليهودول كان قد ازعجها في اليوم السابق فقررتا اجراء العملية واجريناها في ٩ كانون الثاني السنة ١٩٣٩ .

العناية : بعد خياطة فوهة الناسور عرضاً لان خياطتها كفى الكيس كانت متعذرة لا تشاح النسيج الشديد حولها صنع شق معين حول السرة وقطع حتى الفشاء المضلي وسلخ حتى حدود الناسور ثم شق جدار البطن فوق السرة زهاء خمسة سنتيمترات في بقعة خيل الينا ان الصفاق (باريطون) حرك فيها فتمثروا على الثرب الكبير المتكثف ملتصقاً بالمرى الموية حول الناسور حتى ان اقل محاولة في تفريقه كانت تحدث نزفاً غزيراً فتركنا تلك الناحية وشققنا تحت السرة وبمبدأ عنها زهاء ستة سنتيمترات حيث رأينا صفاقاً حراً واستطعنا الوصول الى ناحية الناسور فرأينا اربع عرى ذقيقة ملتصقة بعضها ببعض الآخر مؤلفة بقطاً واحداً تلامه اقضية كاذبة غير متمضية سهلة التفريق فبدأنا نغرق المروءة بعد الاخرى ووجدنا على كل من المرى الاربع قرحة متفاوتة العمق مناسبة لناحية الناسور وكانت اثنتان من هذه القرحة ثاقبتين ولا سيما احدهما المتصلة مباشرة بفوهة الناسور والمنفتحة في الخارج فانها كانت عريضة ومقطوعة الحافات يدان القرحتين الاخرين لم تكونا ثاقبتين . فخططنا القرحتين الثاقبتين خياطة شاملة فخياطة

اخرى مصلية ومصلية وطمرنا القرحتين غير الثاقبتين بخياطة كضم الكيس وظننا ان الامر قد انتهى وانا اصبحنا قادرين على زرع الاقسام العالقة بالناسور التي حزنناها واذا بنا بازاء قطعة اخرى ظنناها عروة خامسة للهولة الاولى متصلة بناحية الناسور وغير متفتحة فيها غير اننا بعد ممانيتها رأينا سطحا مرصعاً بكيسات عديدة ممثلة مادة مصلية ليمونية وجدر تلك الكيسات رقيق جداً حتى اننا لم نكد نمسها حتى انبثقت فبعد ان حططنا بخوف البطن جيداً برفادات فرقنا تلك القطعة واذا بنا امام ريج منا كال المستحيل استحالة كيسية وقد بدا لنا بعد انبثاق تلك الكيسات سطح موضع مخيمات صغيرة تشابه بمنظرها الرئي الحيات السجاية وكان ذلك الريج ممتد من السرة الى اليسار حيث ينتهي بعروة دقيقة يبدأ عن منتهى القفا في زهاء عشرين سنتيمتراً فقطعناه ورسمنا مفرسه ، وانما العملية بغاية الاحشاء فرأينا في المساريقا بعض المقد الغفافية الصغيرة المتبجة فاستخرجنا واحدة منها فبينا بها بالريج لدار التشريح المرضي . وقد شققنا الريج قبل ارساله فاذا به جلاً ليفياً مسدوداً يحيط به هذه التشنؤات الكيسية التي جثنا على وصفها . فجاء الفحص النسيجي مثبتاً الآفة السلية في القعدة والريج انما .

توابع العملية : بدا في المريضة منذ اليوم الرابع فلفنون في جدار البطن اضطربا الى قطع غرز الخياطة فانفجرت شفتا الجرح غير ان الصفاق لم يتفاعل اقل تفاعل والجرح الآن مبرعم وأخذ بالاندمال .

النتيجة : ان المريضة التي جاء في سوابقها ما ثبت السل : نواسير المرفق والابط ، التهاب الصفقة ، السل الحبيبي الشكل ، اصبحت في النهاية بالتهاب

الصفاق الليفي الجبني الذي افضى الى تجمع معلي قيجي افتتح عند السرة وهو ما يعرف بـ فلفغون فالن (Vallin) حول السرة وقد قرح هذا السل المتجين اربع عرى دقيقة وافضى الى ناسور غاطي . واما رتج ما كال فقد سل بدوره ونرجح ان سله كان ثانوياً لسل الصفاق ولم تكن له اقل علاقة بالناسور . ولم يتصف باقل عرض خاص الا الا لم المنتشر الى اليسار ولم يعرقل باقل عرقلة بل ان كشفه كان صدفة في سياق العملية الجراحية .

.....

ان هذه المشاهدة مفيدة :

١ - لبقاء رتج ما كال في هذه المريضة زهاء ٢٥ سنة كامناً وغير متعرقل باي اختلاط

١ - لاصابة هذا الرتج بأفة سليه وسل الرتج آفة نادرة

الناقطة : العلم لوسر كل : ان هذه المشاهدة كما ذكر الزميل مفيدة لان رتج ما كال لم يشترك في تكوين الناسور مع انه قد يكون وحده سبب ناسور معزول الى اسباب اخرى ولا يعرف الا بعد الاستقصاء الجراحي ومفيدة ايضاً لان الرتج في هذه المشاهدة لم يحدث عوارض خطيرة فقد رأيت رتجاً احدثت عدا الناسور انسداداً في الامعاء وعليه متى ظهر ناسور في ناحية السرة كان لا بد من التفكير في رتج ما كال .

العلم شوكت الشطي : كشف الفحص النسيجي آفات سليه في العقدة اللغفاوية وصفات كشمية في خلايا رتج ما كال البشرية فلا يبعد ان تكون المريضة مصابة بسل قديم أدى الى تخرش الخلايا فسرطنتها كيف لا وقد

عرف حديثاً ان التضاد الذي ظنه القدماء موجوداً بين السل والسرطان وهمي وان السل يخريشه المستمر بعدُ المدة للسرطان وقد تكون حالة المريضة من هذا النوع .

العليم مرشد خاطر : لست اظن ذلك فلم تبدُ لي من الوجهة السريرية اقل علامة دالة على استحالة خيشة واظن ان العقدة اللغافية لم يبدُ فيها شيء من هذا النوع بالفحص النسيجي .

العليم شوكة النطلي : اجل ان آفات العقدة كانت سليمة بحثة والاجربة السلية كانت منتشرة فيها جميعها .



التهاب المعشكلة الحاد والحبليل

لللم اوسر كل

ترجة الللم محمد وحيد الصواف

المريض س . . . عمره ٤٧ سنة دخل المستشفى في الساعة الحادية عشرة من يوم الخميس في ٢٦ كانون الثاني السنة ١٩٣٩ مرسلًا من قبل احد أطباء المدينة بتشخيص انسداد الامعاء .

أصيب المريض امس ذلك النهار : يوم الاربعاء في الساعة التاسعة صباحاً اي قبل ٢٦ ساعة ، بعد ساعة من تناول طعامه ، بألم شديد في الشرسوف لم يلبث ان امتد كالسفود من المراق اليمنى الى المراق اليسرى ، ألم نشبه نحن بطمنة الخنجر ويشبه المريض بكى ميسم غليظ . وقد استمر الألم السفودي حتى دخول المريض للمستشفى .

ثم استشار المريض في مساء اصابته طبيباً فوصف له جرعة مسكنة وجرعة (ديفيار) واستشار طبيباً آخر في الصباح التالي فارسله الى المستشفى وما بين الاستشارتين اجترع المريض نفسه مسهلاً قلمه فوراً .

لم يبيل المريض منذ امس فقنطر واخرج منه لقر من البول واكثر . ليس في البطن تطلبل ظاهر جداره رخو مؤلم في الشرسوف والمراقين لا ترتسم عرى معوية تحته . فحصه سهل لا تقفع فيه ولا دفاع يذكر سواء في الشرسوف ام في ناحيتي الزائدة والمرارة .

ليس من ورم بالجلس العميق ولا يكشف المس الشرجي شيئاً . الحالة العامة سيئة : المريض مصدوم ببلاء عرق بارد حرارته ٣٦,٥ نبضه ١٢٠ على ان توتره الشرياني ١٥ - ٩

نحن في اسبوع عيد النحر ، وقد صام المريض يوم الثلاثاء وافتطر في مسائه على مائدة احد الاقرباء (ان هذه الايضاحات ضرورية لفهم ماسياتي) ثم نام المريض واصبح مفطراً فتناول طعاماً ثقيلاً في صباح الاربعاء مؤلفاً من مدقوق الحنظل بالسمن (مسبحة) ومن الحليب وبعض المريات فشر بعدها في الحال بثقل ظاهر في الشرسوف . ثم ذهب الى عمله فتنوط وبعد عشرين دقيقة من ذلك حدث القاجمة وقد اضطرت حالة المريض ، ونحن لم نضع تشخيصاً . اكدأ لان المعلومات السابقة لم نحصل عليها الا مؤخراً ، الى الاستقصاء .

مريضنا غير منفذج وقد علمنا منه فيما بعد انه كان يشكو منذ ٤ - ٥ سنوات نوباً ألمية متقطعة في المراق اليمنى تأتي في كل ١٠ - ١٥ يوماً او في كل شهر وقد اصابته الاخيرة منذ شهرين . عزيت هذه النوب ثارة الى الزائدة وطوراً الى المرارة وكانت تستمر ٣ - ٤ ايام يصحبها يرقان وبول مصطبغ بدون تغير في لون البراز . ولم يفحص المريض بوله ابداً .

منذ تسعة اشهر اصيب المريض بكمثنة في العين اليسرى عاجلها بدون كبير فائدة بمحقن الوريد بسيانور الزئبق وهو ينكر الافرنجي ولم يصب قط بمرض ، امرأته لم تجمض ، له خمسة اولاد في قيد الحياة صحتهم جيدة . وبعد ان حضر المريض بالوسائل العادية بضع فوراً بعد تخدير قطني

بـ ٤٠٠٠ سع من الستوفائين تحملها المريض بسهولة تامة وفتح بطنه تحت
السرة للاستقصاء .

ولدى فتح الصفاق تدققت من البطن كمية وافرة من سائل مصللي مدمى
وظهرت عرى الامعاء محتقة بدون توسع يذكر فيها . وقد لاحظنا على
الماساويق بالاستقصاء بالشفوف بقاءً أيضاً قادتنا نحو الثرب الكبير المنكش
الصلب ، المحتشي والمرص بمحصولات الموات الشحمي فوضع التشخيص .
وسم الشق في العالي فظهر الثرب الممدي القولوني مرتشعاً محتقناً
يصعب المرور من خلاله . وبعد فتح ممر بين القولون والثرب وسلخ البؤرة
النزفية التي تملأ الجوف خلف الثروب وصلنا الى المشكلة (pancréas) المحتشية
فخررناها من ارتشاح الدم .

ثم فحصنا بسرعة المعدة والطرق الصفراوية والفجج (الاثنا عشري)
فلم نشاهد فيها ما يستوقف النظر . وبعد تجفيف جوف البطن بالمستشفة
خيط الجدار طبقة واحدة وفجر جوف الثروب الحلي ورتج دوغلاس نيكوليز
وعلى الرغم من جميع الوسائل المتخذة تابع انسداد الدم سيره فحضرنا
المشهد العادي لالتهاب المشكلة النزفي الحاد : استفحلت الاقياء وازداد التعرق
انكمشت الملامح وغارت العينان ، تاه النظر وبردت الاطراف ولم يعد
النبض محسوساً ومات المريض مساء الجمعة في الساعة السابعة بدون ان يبرز
وبعد ان بال كمية قليلة من البول . وهكذا استمرت العاجمة يومين ونصف
اليوم اي ٥٨ ساعة بالضبط .

وقد طلبت الى معاوني ان يراقبوا المحتضر وان يحاولوا استئصال المشكلة

والمثلقي العنقي قبل ان يأخذ الجثة اهلها الحاضرون لكي تمكن من معاينة الآفات ومن رؤية السبب المحدث لها كأن تكون هناك حصاة لم تمكن من العثور عليها في اثناء العملية .

واتي اشكرهم على الصورة التي قدوا بها هذه المهمة واتنا مدينون الى اخلاصهم ودقة عملهم بهذه التحفة التي يدور عليها بحثنا .

بعد ربط البواب والصائم استوصلت المشكلة والنفج والوجه السفلي للكبد مع المرارة والقنوات الصفراوية الرئيسة ولكن لدى قطع الكبد وجدت احدى القنوات المفتوحة محشوة بمادة بيضاء لم يهد وجودها في مثل هذه النواحي ولشد ما كانت دهشة الجراحين عند ما وجدوا انها حبليل قطع في اثناء قطع الكبد بقيت قطعة منه في ملء الكبد والقطعة الاخرى في لمعة القناة الكبدية والجامعة ولما قربت القطعتان تألف منهما جسم حبليل طوله (٢٢) سم وقطره (٤) مم قطع في منتصفه تماماً .

وفيا عدا ذلك لم نجد سوى ما يشاهد عادة في مثل هذه الآفات : خنور الاوعية المشكلية ، مشكلة متخرة . حليمة سانتوريني مسدودة ، مجل فآر مفتوح ينفذ منه القناطير ويخرج في هذه مقطع القناة الكبدية وليس ما يستحق الذكر في القناة الجامعة ولا في المرارة .

لقد شاهدنا اذاً سيراً دوسياً لحادثة التهاب مشكلة تزي زيدت على اخواتها من الحوادث التي نشرت وهذه الآفة قليلة التصادف لحسن الحظ فقد عرفت تماماً بعد الابحاث المديدة التي اجريت بشأنها في هذه السنوات الاخيرة .

وقد كانت الحادثة شكلاً وسطاً خفيف الحدة أكثر منه حاداً، سارت سير فاجعة التهاب المشكلة الصاحب الذي وصفه دولا فوا غير أنها تركت الوقت الكافي لحدوث التخر الشحمي فتجلى بقمع شمعية وصفية قلما نشاهد مثلها وما كنا لنقدمها لكم لو لم يرافقها حادث فادر : وجود الجليل في الطرق الصفراوية .

ان ما تقدم يوضح الآلية السببية التي كثيراً ما تكون غامضة في بحث التهابات المشكلة .

لماذا تقدمو المصارة المشكلة التي لا تؤثر عادة في قنواتها المفرزة في شخص متمتع بصحة ظاهرة حسنة، فعالة نجاة حتى انها تهضم العناصر التي افرزتها ؟ ولماذا يتبع هذا الانهضام الذاتي انسداد ذاتي يمتد في بضعة ساعات ؟ حاول الجربون ايضاح ذلك باحداث الآفات تجريبياً فيذوا ان الصفراء اذا حققت في القنوات المفرزة مشكلة ، ابان الافراز (وهي حال المشكلة بعد طعام ولهذا توسعت في ذكر التفصيلات في البدء) توقف بخار المصارة المشكلة وبالحاصة خميرة التريسين . وتؤدي نقطة التريسين الى الخل الدموي الشديد الذي يمزق الاوعية الشريفة فالى النزف ، فتضم عصارة المشكلة الفعالة نسيج الغدة نفسه وتجاوز حدوده ا فتنتشر في النسيج الشحمية المجاورة موقطة خميرة الشحم فتضاعف هذه الشحوم وتصبح الصابون غير المنحل الذي يتراكم بقاءً يضاً كقمع الشمع .

ويحدث الموت اما بالصدمة العصبية (الضفيرة البطنية) او بالصدمة السمية يحدثها غرور انقراض خلايا المشكلة . وهناك نظرية اخرى في حدوثه

وهي صدمة التآق في مريض متحسس بسلسلة نوب متقدمة تندفع في كل نوبة منها كمية من العصارة الى البدن حتى اذا ما تحسس بها تماماً انهزم امام هجمة جديدة تشنها عليه .

والآن كيف تدخل الصفراء المشكلة مؤلفة من العصارة المشكلية سائلاً ممرضاً ؟ استنتج من كثرة مراقبة الحصىات الصفراوية لالتهابات المشكلة ان حصاة مكتنفة في مجل و آثر تؤدي الى زيادة في ضغط الصفراء فوقها فتندفع هذه في المشكلة . وقد عللوا تراكم الصفراء ايضاً بتشنج في مصرة أودي ينشأ من المرارة او من الطرق الصفراوية .

وعلى العكس عللوا ايضاً يقظة عصارة المشكلة بدخول سائل الفعج ووصول مفرز الامعاء (الاتروكينااز) الى قناة (ويرشونغ) متى شلت مصرة وآثر .

لنعد الآن الى مشاهدتنا ولنبحث فيها على ضوء هذه المعلومات . ألا يمكن للجليل حيث وجدناه ان يبيث دوراً من هذه الادوار الممرضة التي يكتنف الخموض بدنها في اكثر الحالات ؟ ألا يمكنه في انهاء هجرته وعودته ان يسطم مجل وآثر فيزيد في ضغط الصفراء ويحدث التهاب المشكلة ؟ ألا يمكنه بوجوده فقط او بمفرزاته ان يبيث انعكاساً فيشنج المصرة او على العكس يفلجها فيدخل سائل الفعج في قناة (ويرشونغ) ، ألا تكفي مفرزاته بنفسها لابقاظ عصارة المشكلة كما يفعل ذلك اثنان أو خيرة ؟ أفلا تعزى الكمنة التي ذكرناها في السوابق الى سموم الجليل ؟ واخيراً منذ كم سكن جليلنا القنوات الصفراوية ؟ واذا كان قد سكنها

منذ اشهر افلا يمكنه ان يكون السبب في التهاب مشكلة مزمن تحيل بالنوب المتوالية مع اليرقان التي شاهدها في مريضنا فيكون التهاب المشكلة المزمن قد هيا التهابا الحاد

كل ذلك نظريات اتركها لتحريرات المحرين .

ومها يمكن فان وجود الجليل في القنوات الصفراوية بمجوار قناة (ويرشونج) في التهاب مشكلة حاد تزفي هو على ما نرى عامل سببي يمكنه احداث آفة لا يزال منشأها غامضاً

الناقطة :

العلم شايو : ان مشاهدة الاساذ لوسر كل مفيدة كل القائنة . ولم اكن لأظن ان المستشفى العام في بلد اشهر سكانه بالقناعة يتاح له ان يرى بينهم نهماً يسوقه منهم الى التهاب المشكلة التزفي . غير ان سيباً آخر قد ساعد على احداث هذا الداء هو ان قوائب (larves) احد طفيليات الامعاء قد سلكت مجاري الصفراء وسارت الى الكبد حيث استقرت وبلغت دور الكهولة ، فبدت اذ ذاك عوارض التهاب القنوات الصفراوية والمرارة العادي مع انسداد صفراوي وهذا ما اعتري المريض قبل التهاب مشكلته التزفي .

والتهاب المشكلة التزفي تسمية سيئة لانه لا التهاب في المشكلة بل موات فيها او بالاحرى انهضام ذاتي تحدته خثار ثلاث تحتويها الفسدة في حالة طليمة الخيرة (proferment) غير انها متى نشطت بخيرة اخرى وتوفرت لها الاسباب الموضعية اتصفت بصفة الهضم والتخريب .

والمرضى الذين تلتهم مشكلاتهم يصابون بهذا الالتهاب دائماً في دور الهضم . وتصادف الحمى الصفراوية فيهم بمعدل ثلثي الحوادث وتتسع مرارتهم في معظم الحالات وتندر مصادفة قرحة الاثناعشري فيهم وفي حادثة الاستاذ لوسر كل وجدت حية بطن في القنوات الصفراوية وجميع الفرضيات التي اوردها الموسيو لوسر كل ممكنة الحدوث غير ان الآلية الحقيقية لا تزال غامضة .

رواية كانت هذه الآلية عنيفة او قنوية او وعائية او تأقية (anaphylactique) فلا بد من اتقاء الهضم الذاتي متى ظهرت الحادثة بالوسائط الدوائية البعيدة المقتبسة من الامراضات (pathogénies) المختلفة .

١ - يجب منع المشكلة عن الافراز : اعتنافاً (indirectement) بغسل المعدة بثاني فحمت الصوده لتعديل عصارة المعدة الحامضة المنبهة للافراز ، وقصاً (directement) باعطاء اللقاح (البلاذونا) واللقاحين (الأتروين) الذين يحمدان البتائه . وبالادرثالين والافادرين اللذين ينشطان الدوران المحيطي
٢ - يجب مكافحة التناذر الخلطي (syndrome humoral) بزيادة كلورور الدم لان نقص الكلورور كثير الحدوث في هذا الداء وباعطائه الانسولين اذا كان سكر الدم مزداداً .

٣ . يشير غرغوار ويلح بالتخدير العام المضاد للتأق .

ولكن افضل التوسط الجراحي ام الامتناع عنه ؟ يرتأي الالمان وعدد من الجراحين الفرنسيين ان العملية لا فائدة منها لانها جدمة تضاف الى صدمة المرض . هذا اذا ثبت التشخيص : ومريض الاستاذ لوسر كل قد تمثل

فيه مشهد موندور انموذجي : ألم شرس في فخا في مبرح . علامات عامة شديدة . علامات انسداد خفيف وظيفة .

وإذا كان الرسم الشعاعي صعب الاجراء في مريض مصدوم ومصاب بالقيء فان هناك اختبارات يستطيع كل مستشفى مجهز تجهيزاً حسناً اجراءها كعايرة نشا البول وسكر الدم قبل التوسط الجراحي . ويقول بروك لكي يحق للجراح ان يمتنع عن التوسط الجراحي يجب ان يكون سكر الدم على الريق غرامين على الاقل ونشا البول اكثر من الف وحدة وهليجينوت (unités Wohlgemuth) .

ودرس سكر الدم بعد التوسط الجراحي ذو قيمة كبيرة في الانذار . وغير تكبير ان العملية الجراحية ضرورية للتشخيص ولا فراغ محصولات الموات والمفونة وقد تكون مزيلة للسبب إذا كانت حماة واستطيع استخراجها او قرحة واستطيع قطعها . ومن الثابت ان كشف حية البطن كان مستحيلاً كما ان استخراجها لو كشفت لا يشفي المريض شفاً اكيداً . وإذا كانت هجرة حيات البطن الى قنوات الصفراء ليست نادرة لان أيضا الياباني نشر منها ١٤ حادثة شخصية فان وجودها في قنوات الصفراء وظهور التهاب المشكلة التزفي في الوقت نفسه امر نادر .

ومع ذلك فقد اورد شيدن وسالينغ حادثة موات معشكلي حاد مع حية بطن في القناة المشكلية . ونشر لوير وسنادا حادثة انتقاب الاثنا عشري بالشريطية مع بؤر زفية ومواتية في المشكلة . ووجد كيرفن في اثنا عشري مريض مات بالتهاب المشكلة التزفي قطع شريطية طولها خمسون

سنتيمتراً كان زهاء ستة سنتيمترات من طرفها الرأسي غائراً في قناة ویرشونغ .
ولست اعلم ما اذا كانت مشاهدات اخرى قد نشرت وجل ما هناك
ان الطفيلي بحجمه وبالتنبه المعصي الذي يحدثه ، وبالذيفانات التي يفرزها في
جوار المشكلة يستطيع تنشيط طليعة الخميرة واحداث التهاب المشكلة
التزفي الصاعق .

العلم لوسركل: اتى اشكر العلم شابو لآخافنا بنتيجة مطالعاته ولست
اشك ان التحاليل التي ذكرها مفيدة كل الفائدة غير انني لا اعلم ما اذا كان
الجراح يفكر فيها متى كان . بازاء مشهد راعب كشهد التهاب المشكلة
التزفي حيث التوسط الجراحي السريع بعد الواسطة الوحيدة التي يرجى
منها نجاح المريض من الخطر العظيم الذي يهدده .

العلم شارل: وقد يحدث ان الجراح يشخص التهاب المشكلة التزفي غير
انه بعد فتح البطن لا يرى اقل آفة الا صفاقاً (باريطوناً) واعضاء محتقنة
وشرايين نابضة . والتهاب المشكلة الذي يشفى باللفاح (البلادونا) والاروين
وغيرهما من الادوية بدون توسط جراحي هو في الغالب التهاب مشكلة
تزفي موهم .



خراج كبدي و كيس مائي

للماء ترايو ومريدن وصلاح الدين سبوح

تقدم اليكم مشاهدة غريبة جعلتنا نزعج ، استناداً الى السوابق
والسرريات والفحوص المخبرية ولا سيما الى عرقلة ممكنة الحدوث ، ان
مريضنا مصاب بخراج كبدي مع ان نهاية الاستقصاء كشفت لنا كيساً
مائياً ، وظهرت انا وقمنا في خطأ لم يكن بالامكان اجتنابه وتؤكد ان
المريض كان في حرز من جميع المحاذير لو انه قبل التوسط الجراحي الذي
لا بد منه سواء أفي خراج كبدي 'م' في كيس مائي وهاكم اولاً ما حدث :
الدعوس . توكاتيليان وعمره ستون سنة أردمني الأصل من اسكندرونة
دخل المستشفى العام في ٥ تشرين الثاني سنة ١٩٣٨ لآلام في مرقاه اليمنى تالية
لزحار عنيد ، وقبل عشرين سنة كان يتألم من بطنه مع اسهالات وزحير وبراز
مدمى وقه وضعف عام ، وقد عولج بالامتين وشفي اذذاك ، وبعد سنتين
عادت الآلام البطنية اليه مع آلام في المراق اليمنى منتشرة الى الكتف
الموافقة وعاد معها القمه والاقياء والتفرز من الشحوم ، وعولجت جميع هذه
الاعراض بالامتين وشفي المريض بسرعة .

وأصيب بهجمة تالفة ظهرت فيها جميع الاعراض السابقة فعولج ايضاً
ولكن المعالجة خابت في هذه المرة مع كثير من الاطباء الذين جربوا
كثيراً من الادوية ثم ارسلوه الى المستشفى للعلاج .

فحصنا المريض فشاهدنا وجهاً شاحباً ، حالة عامة سيئة ، تقيئاً كبيراً تحت
اضلاع المراق اليسرى ، عضلات متقعدة بالجلس ، خرساً كبدياً على مسير
٤ - ٥ اصابع تحت الاضالع الكاذبة وعلى الخط الحظي ، وأظهر الجلس ان
حافة الكبد في الحدود المذكورة وكانها جيب سائل كبير مستدير ينهز
وقد كشف فحص البراز كثيراً من المتحولات وغلقها ، ويوض حيات البطن
والدويبات المشعة ، وبلغ عدد الكريات البيض ١٩,٥٠٠ في الموتر المكعب
بينها ٧٧ ٪ من كثيرات النوى و ١٠ ٪ لنفاويات و ٨ ٪ وحيدات النوى
الكبيرة و ٥ ٪ محبات الأيوزين . وظهر من فحص البول وجود أثر من
الآحين ، وكان مقدار بولة الدم ٠,٣٥ . سائغراً ولم ترتفع حرارة المريض ،
وكان ضغطه الشرياني ١٣,٥ - ٨ .

جريت المعالجة بالامتين بمقدار ١٠ سائغرامات في اليوم واكلت بالياترن
عن طريق الفم فخفضت الآلام ولكن الودم ظل في حدوده الاولى وخف
الام لدى الضغط .

قررنا التوسط الجراحي . ولكن المريض رفضه وطلب مغادرة المستشفى
ثم فاجأته حرارة في ١٣ تشرين الثاني فبلغت (٣٩) وعقبها عرق عزيز بلل
جسمه مع عرواء وضياح الرشد ظهرت في عقبه لقوة من النموذج المركزي
وفالج شقي ايسر ، ومنذ ذلك بدأ المريض يدنف بسرعة ومات في
صباح ١٩ تشرين الثاني بعد ستة ايام من القشبة .

نعتقد ان أياً كان منكم ، حينما يسمع بهذه المشاهدة يذهب به الظن مثلنا
الى النتائج السريرية ذاتها : داء المتحولات المزمن منذ عشرين سنة ، وجود

التحولات وغلقها في أنبراز ، يجمع كبدي سائل ، ازدياد في عدد السكريات البيض وازدياد في الكثيرات النوى منها ، تحسن الآلام بالامتين ، واخيراً نشبة فالجية كل ذلك يعني تشخيصاً لا يختلف فيه اثنان هو خراج الكبد المتفرقل بصمامة عفنة والمؤدي الى دنف مميت ، والنظريات الاقرب الى المنطق تتعرض في السريريات الى الخطأ كنظريات البشر كلها في الامور كافة لم نستطع فتح الجثة ولكننا بزلنا الجمع السائل ، وكم دهشنا حينما استخرجنا بالبزل سائلاً صافياً كماء الينبوع ، فكان الورم كيساً مائياً قائماً ، على الارجح ، على انقاض كبد مصابة بتناذر شوفار .

لم يكن يؤدي الامر الى ضررٍ ما لو ان المريض قبل العملية في الوقت المراد ولكان الكيس المائي الذي عرف بعد الفتح ، بضع في الحال ولسكانت المعالجة بالامتين بعد العملية لشفي بدورها تناذر شوفار .

ولكن هل كان بالامكان الاعتماد عن الوقوع في هذا الخطأ قبل العمل الجراحي ربما امكن ذلك اذا استقصينا الكبد بالبزل ، ولكن البزل ممنوع منماً مطلقاً حينما تكون الحادثة كيساً مائياً ، ولا ينصح به الا قليلاً في داء التحولات المتقيح ولكن أكان من المستطاع سررياً ان يفكر في غير ما ذهبنا اليه في هذه الحادثة ؟ ربما كان ترايد محبات الاوزين (٥ / ١) مما يلتفت الانظار ، غير ان هذه النسبة لم تكن كافية وحدها للتفكير او الشك لاسيما والمريض مريض بثلاثة طفيليات : التحولات ، وحيات البطن ، والدوبيات المشعرة ، ولم نعلم من استجوابه انه اصيب باي عارض تأق سابق : ربو ، شرى حكة ، ولذلك لم نجد ما يدعونا الى اجراء تفاعلات

(كازوني) او (واينبرغ - بارفو) فضلاً عن ان اجوبتها ليست قطعية ايضاً
 لم يكن لدينا حتى ظهور الفالج الشقي والنشبة ما يدفع عنا الخطأ الذي
 وقعنا فيه بل ان الفالج او النشبة يؤيدان ما ذهبنا اليه ، وذلك لان الصمامة
 العفنة التي دل عليها ارتفاع الحرارة الفجائي ، وعقبها النشبة والفالج ، ممكنة
 الحدوث ومعروفة في خراج الكبد المتحولي المتأخر بضمه كثيراً ، ولكن
 يصعب التسليم بها في فرضية الكيس المائي . وسؤال آخر نورده : هل
 الصمامة المائية التالية لهذا الكيس الكبدي موجودة ؟ اتنا نأسف لعدم
 وجود ما أخذ بين ايدينا تكفيثاً مؤونة الجواب على هذا السؤال ، ولكننا
 نقدر ان الحوادث من هذا النوع فادرة جداً ، واتنا نظن ، ونحن لم نستطع
 فتح الجثة لان عائلة المتوفي رفضت ذلك ، بتصادف حدوث نشبة عادية
 بتلين الدماغ في رجل عمره ستون سنة وضغطه الشرياني قليل الارتفاع
 (١١ - ٨.٥) اما ارتفاع الحرارة عند النشبة فيعطل بامتداد الآفة التي احدثت
 موتاً سريعاً ولا سيما اذا كانت هذه الآفات مجاورة للبطينات فأدت الى
 حدوث اضطرابات وعائية حركية في حذاء المراكز المنظمة للحرارة في القاعدة
الناقشة : العليم شاو : ان اختياري الشخصي عن خراجات الكبد قليل
 غير انني اعتقد انه متى كانت الكبد ضخمة ومؤلة في مريض مصاب بـ زحار
 ولم تحسن بالأمثين وجب التحفظ والاستقصاء الجراحي
العليم تراو : وهذا ما صنمناه فقد بحثنا بمريضنا الى شعبة الجراحة للاستقصاء
 غير ان المريض امتنع عن قبوله .

مشاهدات طرفية

رمة ورم الرحم اللينى وتدنيه الى ورم هفلى

للعلم وجه نجا (بارس)

أ — رمة ورم الرحم اللينى :

من المعلوم ان ورم الرحم اللينى هو ورم سليم واعراضه هي :

١. — طمث غزير مع علاقات دموية ، ومن النادر ان ينشأ ورم لينى في الرحم دون ان يؤثر في الطمث .
٢. — نزوف رجمية ، اهم صفاتها وجود فواصل بينها لا تزف فيها ولا ضائعات .

٣. — المس المهبلى : يشمر القاحص ان حجم الرحم كبير وقوام الورم قاسٍ وهو غير مؤلم بالضغط ، وبما ان الورم رجمى اذا حركه القاحص تنتقل حركته الى عنق الرحم .

٤. — قياس جوف الرحم : لدى قياس جوف الرحم نجد اكبر مما هو عليه عادة ، ويختلف هذا باختلاف حجم الورم .

هذه هي اعراض الورم اللينى مختصرة ، فاذا اختلفت فظام هذه الاعراض نحكم ان قد بدأ الورم يتعرقل ، وأولى عاقله هي رتمته . (Nécrobiose)
عند ما نجد الرحم مؤلمة بالضغط يجب ان نذكر حالاً في رمة الورم

ويبدأ هذا طاهراً (aseptique) وطالما هو كذلك لا خطر فيه ولكنه قد يتعفن فجأة فيصبح شديد الخطر ويهدد الحياة وتسوء معه الحالة العامة وقد تبلغ درجة تحول بين الجراح والتوسط الجراحي فيقف مكتوف اليدين لا يستطيع عمل شيء لا نقاذ مريضته .

ان سبب التعفن هو وصول الجراثيم الى انسجة الورم الميتة واما مصدر الجراثيم فاما ان يكون جوف الرحم او النفيرين او الامعاء او انها تأتي بطريق الدم في عقب اثنان عام كالنزلة الوافدة ، فتظهر اعراض شديدة : آلام بطنية حادة وحرارة عالية وعرق غزير ونحول سريع وفقر دم وضائعات ننته . واليك هذه المشاهدات التي حدثني عنها الاستاذ موكو :

المريضة م . . . راجعت موكو في عيادته الخاصة لاضطراب في الطمث ولدى الفحص تبين له انها مصابة بورم لبني فنصح لها بالعملية الجراحية فأبت . وبعد بضعة اعوام اصبحت بالنزلة الوافدة ، وفي اليوم الثالث من اصابتها بدت فيها اعراض شديدة اضطرب امامها الطبيب المداوي ودعا موكو الى الاستشارة الطبية ليلاً فوجد النبض ضعيفاً والبطن متطبلاً والحرارة ٤٠ والضائعات وافرة ونته والحالة العامة سيئة ولا تسمح باجراء متوسط سريع ، فاجرى لها بعض الاسعافات ولكنها قضت في اليوم الثاني بدون ان يستطاع عمل شيء لا نقاذها .

هذه مشاهدة محزنة لا يزال موكو يحمل أثرها في نفسه وقد نشر بعض الجراحين مشاهدات من هذا النوع استطاعوا فيها نقاذ مريضاتهم بالتوسطات السريعة ولكن الحالة العامة كانت تمكنهم من الإقدام على التوسطات

الجراحية . وقدمت طيبة فرنسية الى الجمعية الجراحية ثلاث مشاهدات من رمة الورم اللبني . نفذت العملية السريعة فيها المريضات الثلاث ، وقد تكون الحالة شديدة فلا ينقذ حتى التوسط العاجل المريضة واليك هذه المشاهدة :

امرأة دخلت المستشفى بقعد الاسعاف السريع ولدى الفحص تبين انها مصابة برمة ورم الرحم اللبني فاجريت لها العملية الجراحية في الحال وبعد العملية بقيت الحرارة مرتفعة وقضت المريضة في اليوم الرابع من التوسط ففتحت جثتها للتحقق من سبب الوفاة فلم يشاهد اقل التهاب في الصفاق ، وزرع الدم فكان سليماً وسجل سبب الوفاة « انسداد دم فائق الحدة » .
ان هذه المشاهدات مخيفة وكافية لحل الطبيب على اظهار خطر الانتظار وتأجيل التوسط الجراحي لكل مريضة تستشيريه ويشخص فيها ورماً ليفياً فعملية الورم اللبني العادي ولا سيما بطريق الميهل على سنة جراحي فينه لا خطر فيها قط فعلام انتظار هذا الخطر ولم لا نشرح لمريضاتنا بصراحة ما يتعرضن له في التأخير والتطويل ؟ واتي قبل ان اختم هذه الكلمة احذر الطبيب الاختصاصي من شيئين . الجرف والاستشعاع لان كلا منهما كافٍ للقضاء على المريضة .

ب — تدني الورم اللبني الى ورم غيث :

قد تدني الورم اللبني الى سرطان بشري او الى ورم غثلي (سركوم) وتقول الكتب المدرسية ان تدنيه الى ورم غثلي امر نادر جداً ، ولاستاذنا موكو رأي غير هذا اذ يقول ان تدنيه الى ورم غثلي اقل ندرة مما كان يظن

وقد يكون النادر وضع التشخيص .

اجتمع عندي في الشعبة النسائية سبع مشاهدات ثبت فيها هذا التدني سريراً ونسجياً . وانه ليس من السهل وضع التشخيص والحق ان كبار الجراحين يترددون في اعلان هذه الرقعة او نفيها واليك هذه المشاهدة :
في اوائل كانون الاول واجمت العيادة الخارجية في مستشفى بروكا امرأة عمرها ٥١ عاماً . ولدى الفحص رأينا فيها اعراضاً خطيرة : الاماً في مرقى البطن ، نزفاً رحمياً ، حرارة مرتفعة ، نبضاً خفيفاً ؛ نحولاً شديداً ، ضائعات تنية ، فدخلت المستشفى حالاً واجريت لها الاسعافات اللازمة .

وعند ما عرفنا انها تحمل ورماً ليفياً في رحمها وضعنا التشخيص الذي يخطر لفكر الطبيب اولاً وهو رمة الورم الليفي . واجري التوسط الجراحي في اليوم الثاني ورأينا لدى فتح البطن رحماً كبيراً عليها لطخ حمر فيها اوعية متوسعة وقعاات

وقد رأينا لطخاً حمراً على الثرب والمفاق ولم نجد التصاقات فصرح الاستاذ موكو ان هذه اعراض تنشؤ حيث ، وقد اقتحم الورم الملحقات في الجانبين ، فاستأصل موكو الرحم والملحقات ولدى فتح الرحم وجدنا الورم مستقلاً ومقطع هذا الورم يثبت الحبث بالعين المجردة فارسل الى مخبر النسيج وكان الجواب « ورم غفلي » ، قبل كان من الممكن وضع التشخيص .

ان الاعراض التي رأيناها هي ورم رحمي مؤلم ونزف وحرارة وضائعات تنية . فهذه الاعراض مشتركة بين رمة الورم الليفي والورم الليفي المتدني الى ورم غفلي ولذلك لم يكن وضع التشخيص سريراً ممكناً .

ألا يمكن وضع التشخيص ؟

بلى ! في حالتين ، الأولى عند امرأة ولود فإن استأخذنا موكو ما رأى قط ورمماً سليماً عند امرأة ولود ، فكل ورم يشاهد هنا وله هذه الاعراض يحكم بحجته فليحذر منه الجراح ولينبه اوليائه مريضته وهكذا يحفظ سمعته .
والثانية عند كل امرأة تبدي التهاب الوريد السابق لتلك الاعراض او المرافق لها .

وقد شوهد تجاور الورم الليفي والورم العفلي في الرحم بدون ان تكون ثمة علاقة بينهما ، ولايات ذلك نشرت في باريس ثلاث وعشرون مشاهدة ورم عفلي في الرحم وجد منها ثلاث عشرة حادثة تجاور فيها الورمان بدون ان يشتركا .

وهنا لا يستطيع قائل ان يدعي ان الورم الليفي تدنى الى ورم عفلي لان الفحوص النسيجية الدقيقة اثبتت استقلال كل منهما .

الانذار : خطر والمداواة هي العملية الجراحية وقد شاء بعض الجراحين ان يشفع الجراحة بالاستئساع فلم تغد هذه الطريقة لان الورم العفلي لا ينتشر الى الجوار بل يعدو الى اقاصي البدن ويعشش فيه ، فمن الرثة الى الكبد الى الدماغ . . . الخ

التهاب الحويضة والكلية الحلي السمي

(Pyélo- néphrite gravido- toxique)

بقلم المليم وجه نجما (باريس)

لوحظت بين التهابات الحويضة والكلية التي تصادف في اثناء الحمل اشكال شديدة الخطر في السنوات الاخيرة . وقد حار كبار الاطباء المولدين وجراحي الطرق البولية في تحليل هذا الخطر فقال بعضهم انه آفة كلوية سابقة زادها الحمل شدة كما في هبوط الكلية . وقال آخرون ، انها آفة راقدة يعقظها الحمل كما في سل الكلية ، وقالوا وقالوا

واخيراً خطأ الاستاذ فروهينشولتز (Fruhinshulz) الخطوة الفاصلة فمزل هذا الشكل سريراً وامراضياً واسماء : التهاب الحويضة والكلية الحلي السمي :

يتصف هذا النوع الجديد من امراض المرأة الحامل بترافق او تعاقب اعراض الانسمام مع اعراض الاتان المشترك في جميع التهابات الحويضة والكلية ، وقد تسود اعراض الانسمام فتجد انفسنا امام شكل سريري خاص لانسمام الدم ولا نستطيع كشف اصابة الكلية الا بعد الفحص الدقيق . ان اهم ما يتصف به هذا المرض هو استمساؤه على المعالجة ، فالكيمياة تتقهقر امامه عاجزة ، والمصول ترتد عنه خائبة ، وحقنة الحالبين وغسل الحويضة يخيان . ولهذا اترك امراضه واقحم اعراضه لان المهم معرفة هذا

الشكل الخطر لوضع الاستطباب بسرعة ، وهو الاجهاض الدوائي الذي يبرره حالان خطر التناذر قبل قطع الحمل وتحسن الحال بعده .

يظهر عادة في شابة خروس (اولية الولادة) في الشهر الرابع او الخامس من الحمل ويختار الكلية اليمنى ثم يمتد بسرعة الى اليسرى ويختلف مظهر البدن سريراً فلا نستطيع ان نتنبأ عن خطر الاصابة منذ الاعراض الاولى اذ نشاهد امرأة حاملاً تشكو فجأة آلاماً قطنية ويلة قيحية وارتفاعاً حرورياً ، وهذه اعراض التهاب الحويضة والكلية الحلي ، فلا يعدل هذا المشهد السريري الا في الايام التالية متى ظهرت اعراض الانسمام وفي الحقيقة ان كلمة انسمام لا تناسب صفات هذه الاعراض ولكنها اطلقت عليها قياساً على الشبه البادي بينها وبين انسمام الدم . والاعراض الرئيسة المشاهدة هي ما يلي :

١ - سوء الحالة العامة .

٢ - قلة البول واعراض اصابة الكلية

٣ - اقياء

٤ - يرقان

٥ - اضطرابات عصبية وتسمية

١ - سوء الحالة العامة : ان ما يستلقت النظر لوهلة الاولى هو سوء

الحالة العامة فيشاهد الطبيب الضعف الشديد والتحول السريع وقد حدثنا الدكتور ليباج (Lepage) مولد مستشفيات باريس انه شاهد في حادثتين ضياع ثلث وزن المريضة في مدة لا تتعدى خمسة عشر يوماً ، ولتذكر هنا حقيقة مهمة لا يوضح القضية وهي ان هبوط الوزن ليس له اقل علاقة بالاقياء

وشدتها بل ان سببه الالتان ، والى جانب النحول يظهر فقر دم شديد ولقد هبط عدد الكريات الحمر في احدى مريضات الاستاذ فروهينشولتز الى مليون ونصف المليون ولكن عددها لا يهبط عادة الى اقل من مليونين ونصف المليون والنبض سريع وصغير ولا علاقة له بالحرارة ارتفعت او انخفضت وهذا الافتراق يشير الى خطر التهاب الحويضة والكلية وهو يشبه امراع النبض في اقياء الحمل المستعصية . ذلك الاسراع الذي بنى عليه ينار استطباب الاجهاض الدوائي .

٢ - قلة البول واعراض اصابة الكلية : - في التهاب الحويضة والكلية السليم يقل البول ولكنه يتصف بانحباس يتلوه افراغ ، واذا قنطر الحالبان في وقت الانحباس يتدفق البول من فوهة القناطير اما في التهاب الحويضة والكلية السمي فان قلة البول تبدو باكرة وتستعصي وتستمر طيلة ايام المرض ولا تخضع للدواة العادية ، فلا حقن المصل المحلي الشديد القوة بمجد قمأ ولا اعطاء السوائل بمن شياً ، واذا قنطرنا الحالبين فلا يتدفق البول اذ لا انحباس في الحويضة هنا ، بل خلل اساسي في المصفاة الكلوية التي تقصر عن القيام بوظيفتها وان استمرار هذا السجز يجعل الانذار سيئاً والنتيجة محزنة .

ولقد بحث المولدون في شدة اصابة الكلية واستقصوا ذلك بالقينول . سولفون فتالئين فكانت النتائج اقل مما كانوا يتوقعون . ففي حادثة كانت ٢٠٪ وارتفعت الى ٥٠٪ وفي حادثة اخرى كانت ٢٥٪ . وقد تحويرث البولة الدموية ، فكانت النتائج مختلفة ؛ ففي مشاهدة رأيها

في بودلك كانت البولة الدموية ١٠٦٠ غم قليل الاجهاض الدوائي وارتفعت حتى ٤٠٧٠ غم في اليوم الحادي عشر من التوسط وهبطت الى ٠٠٤٣ غم في اليوم العشرين. وفي مشاهدة ريتير وبيجو (Rhetner et Pigeaud) بلغت البولة الدموية اربعة غرامات قبل الاجهاض، ومما نشره الاستاذ فروهينشولتز مشاهدة ذكر فيها ان البولة الدموية بلغت غرامين قبل الاجهاض يومين وهبطت الى خمسة واربعين سفتراماً في اليوم الخامس عشر منه .

وقد لوحظ ان ارتفاع مقدار البولة يرافقه عادة ارتفاع ثابتة آبار وهبوط الكلور الكروي وهبوط نسبة الكلورور الكروي الكلورور المصري وهكذا اخذ بعض المولدين مثل ليني سولال يقولون ان ارتفاع الآزوت مرتبط بهبوط الكلور وقويت هذه الفكرة بعد ان عولجت مريضة بالكلور وتحسنت حالتها . ولكن خطر هذا المرض لا ينحصر بزيادة الآزوت في الدم ، وفوق ذلك لو رجعنا الى جميع المشاهدات التي نشرت لرأينا ان زيادة الآزوت في الدم ليست عرضاً ثابتاً فقد رأينا حادثات كانت فيها بولة الدم عادية رغم خطر الحال وقلة البول . ولذلك تلاشت فكرة هبوط الكلور .

ولقد اتجهت هم الباحثين اليوم الى الجواب من هذا السؤال ... أ يوجد لهذه الاضطرابات الكلوية اساس عضوي ؟ أنستطيع ان نقرر على آفة تشريحية في خلايا الكلية ؟ جواباً عن ذلك اخذوا يبحثون عن الاسطوانات البولية فنشر الاستاذ فروهينشولتز انه عثر على اسطوانات حيوية وشعبية اما في باريس ففي اربع مشاهدات في بودلك لم يستطع اخبر كشف شيء ما . ولذلك بقي السؤال معلقاً حتى تكثر المشاهدات والتجربات .

٣ — الاقباء : بعد الاطلاع على جميع المشاهدات المنشورة وجدنا ان الاقباء عرض ثابت وباكر قد يبدو منذ بدء المرض ولا يزول حتى انتهائه

٤ — اليرقان : يعتبر الاستاذ فروهينشواتز اليرقان من الاعراض الوصفية الثابتة في هذا التناذر . فيكون اولاً يرقاناً خفيفاً ثم يشتد حتى يصبح يرقاناً صريحاً . ولا يرافقه عادة زوال لون الفائط ولكن لون البول ينشيع ونجد فيه الاسبغة الصفراوية والأورويلين : وتشكو المريضة ألماً موضعياً في المراق اليمنى ونستطيع ان نحدد نقطة مؤلمة في ناحية المرارة وتضخم الكبد ويقل البول فلا يعادل (٣٠٠) غم في اليوم . وقد ترافق فرغية منتشرة هذا اليرقان ويصبح لون المريضة رصاصياً ، فاذا جمعت هذه الاعراض تمثل لنا منظر اليرقان الحظر واذا اضفنا الى ذلك الابقاء والهزال نجد المريضة في حالة دنف حقيقي .

ولقد درس الباحثون الكبد حيواً فثبت لهم قصورها (تجربة ليلة الغلابكتوز المحرصة) .

٥ — الاضطرابات العصبية والنفسية : ذكرت في بعض من المشاهدات اضطرابات عصبية ونفسية والحقيقة أن الاستاذ فروهينشواتز لاحظ في بعض من مريضاته اعراضاً عصبية ترافقها نوب هذيان ولكنه يعتبر ان هذه الاعراض لا تؤلف عنصراً أصلياً في التناذر المحلي السمي . على أنه في احدى المشاهدات في بودلك وجد التهاب الاعصاب العديدة بشكل صريح في اللساقين المتصف باعراض التهاب الاعصاب العديدة الكحولي نفسها . ويقول استاذنا كوفلر ان ظهور هذا العرض يشير الى خطر شديد ويرسم بشكل

لا يقبل الجدل استطباب الاجهاض الدوائي .

اما الاضطرابات النفسية قلما تصادف ولم تشاهد صراحة الا في مشاهدة واحدة . ويعتبرها الباحثون اضطرابات عينية سببها ذيفان الجراثيم .

....

هذه هي الاعراض التي تشاهد في التهاب الحويضة والكلية الحلي السمي . ولنذكر ان هذه الاعراض قلما تجتمع منتظمة كما اوردناها ولنستمد القول الطبي المأثور ، ان امامنا مريضة لا مرضاً ! وما يرى هو استمضاء هذه الاضطرابات على المعالجة الدوائية والبولية فلا المصول ولا قنطرة الحالبين ولا غسل الحويضة بمجدية فحماً حتى ولا وضع قناطير دائم بدافع عن المريضة ما يهددها من الخطر وليست التوسطات الجراحية موضع بحث هنا لان القضية ليست انجاساً ولا استسقاء حويضياً بل هي اجتماع اضطرابات خطيرة ليس اشتراك الحويضة فيها الا عنصراً ثانوياً . وهنا يتسائل المولدون عن طريق الخلاص فلا يجدون امامهم سوى الاجهاض الدوائي .

قد تبدو هذه الطريقة تراجعاً مؤلماً في تقدم مداواة التهاب الحويضة والكلية الحلي ، ذلك التقدم الذي حققته طرق المعالجة البولية . فبعد استعمال قنطرة الحالبين وغسل الحويضة وبعد ما شوهد من انقاذ الحاملات قبل لا اجهاض دوائي بعد اليوم ، واخيراً بدا هذا الشكل الخطر الذي استمضى على كل الوسائل الحديثة ، وحاول المولدون انقاذ الحامل والحمول فما استطاعوا الى ذلك سبيلاً وداروا فوجدوا انفسهم وجهاً لوجه امام الاجهاض الدوائي .

ويصعب علينا ان نورد بدقة استطباب هذا التوسط ولكننا نقول ما قاله
لياج بجملاً: متى خابت المداواة وعجزت القشرة ، واسرع سوء الحالة العامة
وازدادت بولة الدم وقل البول وظهر اليرقان وبدا التهاب الاعصاب العديدة
يجب امام جميع هذه المواضع او بعضها ان يعد المولد يده بمجرؤة وثبات
وبدون اي تردد الى العمل الحاسم ... الى الاجهاض الدوائي !

وتجلى الصعوبة في انتخاب الدقيقة الصالحة للعمل ، فالتوسط الباك قد
لا يكون ضرورياً فيتردد امامه المولد ولا ترضى به العيلة والتوسط المتأخر
لا ينقذ المريضة فخير لنا ان نكبر في التوسط .

ولست اريد ان أُلج بحث الطرق العملية فقد قطع الحل في جميع
المشاهدات التي نشرت وفي الحوادث التي رأيتها في بودلك بالطريق الطيعمي
وشدت حادثة واحدة فقط اجري التوسط فيها بطريق البطن . فالتوسط
بطريق المهبل هو المختار وتحمل المريضات هذه العملية رغم ضعفهن ، ولا
يشار بالتوسط بطريق البطن الا في الاشهر الاخيرة من الحمل حينما يضطر
المولد الى العمل بسرعة لا تقاؤ المريضة . واخيراً يجب الابتعاد بتاتاً عن
التخدير العام نظراً الى قصور الكبد وعند الحاجة الماسة يجرى التخدير القطني .

٧ — نتائج الاجهاض الدوائي : اذا كانت اهمية العملية بنتائجها ، فان رهبة
القضاء على جنين بري وخسارة المجتمع حياة جديدة قد تكون لها اهميتها ،
وفكرة الطب المحافظة ومبدأ الطيب هو انقاذ الحياة وحمايتها . كل هذا
يدعوني الى التساؤل قبل كل شيء ... عن نتيجة الامتناع عن التوسط؟ واتي
وقد وصلت الى هذه النقطة الدقيقة من البحث تعود بي ذا كرتي الى دمشق

فتمر امام عيني مأساة عروس تزوجت في الرابعة والعشرين من عمرها ، وحملت في الشهر الاول من زفافها وقضت في الشهر السابع من حملها ، وقد استدعت العيلة اخصائاً عالجها ، وبينما كانت تلك العضوية الفتية تنهدم بسرعة غريبة ، وبينما كانت تلك الزهرة النضرة تذبل كوردة قطفت وقت الرمضاء والقيت في صحراء ، وبينما كانت الارض تنفر فاهها لا ابتلاع شابة كانت اجواء الحياة ترهبها ، كان الطيب الاخصائي يتلى بوصف الادوية الكيميائية والحقن بالمصول ، وما زلت اذكر ذلك البرقان الذي بدأ صفرة خفيفة عزيت الى فقر الدم والضعف العام ، واشتد حتى اصبح رِقاقاً صريحاً وشعرت الشابة ان قد ابتعد ما بينها وبين الحياة واقترب ما بينها وبين الممات ، فابتسمت مستسلمة ، وقالت لي « ما لعلة الموت دواء ، فلما اعتقد انه لو وقائي عيسى لما اعادني الى الوجود ولو اعبد الى أبراط لما اتقذني من العدم ، ولو ترك لي الخيار لشكرت للطبيب جهوده ولرجوت منه ان لا يعود الي ، واكني لا اريد ان يكون ذلك حسرة في قلب امي ولا صدمة لعقل ابي ، ولذلك أتركهما يبذلان أقصى المجهود ، فاذا حلت الساعة الاخيرة كانت جهودهما خير تمزية لهما . وفي اليوم الثامن والعشرين لقطت المروس اتفاسها الاخيرة وقد كانت هذه الحادثة شديدة الوقع على تفكيري عظيمة الاثر في نفسي وحينما سمعت منذ شهرين في مدرج ينسار في بودلك تلك المحاضرة القيمة عن التهاب الحويضة والكلية الحلي السمي ذهبت الى الاستاذ كوفلاراجومنه ان يعد الي يد المساعدة لكتابة بحث عن هذا المرض الخطر فقدم لي ذلك الشيخ الوقور جميع المستندات والمشاهدات ، ومنذ ذلك الحين كلما مرت

حادثه من هذا النوع يرسل في طلبي ليريني اعراضها ويطلني على دقائقها
 بالله ما اسمي اخلاق العلماء ! معذرة من هذا الاستطراد وما اردت منه الا
 الاجاباً عملياً عن سؤال طرحته - ما هي نتيجة الامتناع عن التوسط ؟
 هذه هي النتيجة العاجمة : وما اردت منه الا تنبيه الاذهان واثارة الهمم
 للاقدام في قضية تسير بسرعة غريبة ولا يوقف سيرها الا مواجهتها
 بجرؤة وسرعة.

والآن يحق للقارئ ان يسأل ما هي نتائج التوسط ؟ وها انا اورد
 ما شوهد في سبع وعشرين حادثة . . . يتلو عملية الاجهاض تحسن سريع
 في الحالة العامة وتزول اعراض الانسجام فيبطيء النبض حالاً وتعود للوجه
 لضرة الحياة ويخف فقر الدم وتخرج المريضة من الحالة التي كانت فيها فلا
 تعود خاملة كالنائمة في النهار ولا أرقه متنبهة في الليل وتنقطع الاقياء
 وتقبل المريضة على الطعام والشراب ويعود البول الى انطلاقه ثم
 يزداد الوزن بسرعة حتى اننا نجرؤ على القول مع ليلاج ان القضية بعث حقيقي
لمريضة ميتة والى جانب هذا التحسن السريع في الحالة العامة وزوال
 الاعراض السمية نرى استمرار علامات اثنان الطرق البولية فالمرارة تظل
 مرتفعة والبول عكراً والاثم القطني يبقى متوضماً وتستمر هذه الاعراض
 بضعة اسابيع ، وهذا الافتراق بين الاعراض الاتانية والاعراض السمية
 يبدو المولد ليلاج حجة قوية على طبيعة هذا المرض السمية .

وقد لا يستطيع التوسط ان يدفع العاجمة، فتبدو بعد الاجهاض اعراض
 شديدة : تنفس مضطرب قد يأخذ نظم شين ستوكس ، ريج نفس خلوني

قلة في البول وتقع المريضة في سبات يتصل بالموت . وقد شوهد ذلك في ثلاث حوادث ، وهنا يتسلل ليلاج قائلاً : ألم متأخر في التوسط ؟ بل لقد جاء التوسط متأخراً جداً فلنستمع الى نصيحة فروهينشولتز ولنذكر ما استطعنا الى التذكير سيلاً .

الامراض : - ان حادثة عزل هذا التناذر سريعاً وقلة المشاهدات وغية المعلومات التشريحية كل هذا يجعل البحث في امراضه غير وافٍ وغير كافٍ .

يستقد ماريون ان هذا التناذر ليس الا التهاب الحويضة والكلية الخطر مع اصابة الحالة العامة وتوضعات متعددة في خارج الطرق البولية عاملها المصيات القولونية ولذلك قد يشاهد هذا الشكل حتى في خارج الحبل ويقول آخرون ان هذا التناذر ناتج من اشتراك مرضين مختلفين الاول انسداد الدم الحلي والثاني التهاب الحويضة والكلية ومن هذا الاشتراك ينشأ ذلك الخطر ويدلون على صدق هذه النظرية بالتحسن السريع الصريح الذي يشاهد في عقب افراغ الرحم والتناقص بين ذوال الموارض السمية واستمرار الاضطرابات البولية .

ليست هذه النظريات الا ملاحظات لا تؤيدها معلومات تشريحية ولا تثبتها آفات عضوية ، ولذلك خطأ الالمان هذه الخطوة . وكانت إجماعهم اكثر تعمقاً ويكفي ان اعطي لحة منها لانها لا تزال في دور البحث .

يقول سايتز (Seitz) ان اشتراك التهاب الحويضة والكلية مع الاضطرابات الهضمية سببه عدم توازن جهاز التائه الودي ، واطهر ان هناك فقدان

المقوية الناتجة عن هذا الاضطراب ثم خطأ خطوة اعظم اذ اثبت ذلك شعاعياً واراناً فقدان مقوية الحالبين .

ووافقت ابحاث ستوكل (Stöckel) نتاج سايتز فاظهر شعاعياً فقدان المقوية في الامعاء فضلاً عن الحالبين وهاتان ظاهرتان رئيستان توجهاً الانتظار الى الجهاز التناسلي الودي .

اني لا اريد ان اطيل الكلام في الامراض لانه لا يزال في مهده واختم هذا البحث باعادة الاشارة الى خطر هذا المرض . وضرورة الاسراع في التوسط قبل ان يصبح عقياً .



تدفئة المساكن من الناحية الفيزيائية والصحية

ترجمة الطالب السيد شفيق البابا

يقول (كارل) ان لجو الدافئ المستحب الآن في الاقطار المتشددة اسوأ التأثير في قدرة الرجل الحديث الجسمية والاخلاقية، وهذا ما حدا بنا الى الطلب من الاستاذ (مينتار) وهو مهندس اخصائي قدير ان يشرح لقراءنا مسألة تدفئة المساكن من الوجهة الفيزيائية ليتسنى للطبيب اسداء النصيح لمرضاه ولارشادهم.

... لقد تقدم فن التدفئة منذ بدء هذا العصر تقدماً يئاً غير ان ذلك اقتصر على الناحية الفنية تقريباً ولم يلفتح الى الناحيتين الفيزيائية والصحية الا في الآونة الاخيرة .

العوامل الحزورية للوسط وفكرة الشعور بالحرارة: لقد محص علماء الفزاء والمهندسون بوجه خاص منذ سنوات خلت فكرة الشعور بالحر و تركيب عوامل الوسط المختلفة فاثبت ما كرس لهذه الابحاث في فرنسا وامريكا ثم في المانية وانكلفت ان الشعور بالحر الذي يحدثه وسط ما لا يتعلق فقط بدرجة حرارة الهواء الجافة (التي يقيسها ميزان الحرارة العادي) بل برطوبته وسرعته حتى بدرجة حرارة الجدر التي يلقي اليها الجسم البشري حرارته . وهكذا فان الاوساط ذات الحرارة الجافة المتباينة قد تنفضي الى الشعور ذاته بالحر ، ولا يضاح ذلك نذكر ان الجو المشبع بالرطوبة الذي تماثل درجة حرارته (٢٥)

هو اشد سخونة من جو درجته حرارته (٣٣) ونسبة الرطوبة فيه (٢٠ ٪) وهو ايضاً متى كانت درجته (٢٥) ومشبعاً بالرطوبة وتحرك كدريج سرعتها ثلاثة امتار في الثانية مبرد ولطيف كجور ساكن ومشبع بالحرارة ودرجته (٢٠) .

لقد درس هيل هذه المناسبات من الوجهة الحسكية أكثر منها من الناحية الفيزيكية ولا سيما في المائنة وانكثرة مدققاً فيها بطريق مقصود ثم درسها هوغتين وياغلو في المختبرات الاميركية وذلك بامرار شهود بشرية باوساط مختلفة وتعيين من يشعرون منهم الشعور الحروري نفسه فادرك بهذه الصورة اتفاق الرأي العام تقريباً ، فاذا لم يستسغ الجميع درجة واحدة تقريباً فهم متفقون على الاقل على تعادل بعض الاوساط ، وقد افضى ذلك الى ظهور فكرة درجة الحرارة الحقيقية موجزة عن حس الحرارة الحقيقية والتي تسمى خطأ احياناً درجة الحرارة في اوساط متساوية ملائمة لان الاوساط يمكنها ان تؤدي الى الشعور الحروري نفسه ولو لم تكن متساوية الفائدة من الوجهة الصحية .

ولقد تمت فكرة درجة الحرارة الحقيقية هذه التي لا تنظر الى اختلاف درجة الحرارة السكائن بين الوجه الباطن لجدر المكان والهواء المحيط به وعمت في فرنسا بدرسها دسراً تحليلياً وفظرياً مؤسساً على التسالمات التجريبية الاميركية ، فهذه الفكرة اصبحت عامة وسميت بعد ان درسها دوبوي (Dupuy) ورققاؤه درجة الحرارة الحاصلة (température résultante) وبرهنت اعمالهم على ان ما يقع من الحوادث الحرورية على سطح الجلد يشبه على وجه التقريب ما يقع في الاحسام الجامدة .

وقد اضحى لهذه الفكرة في السنين المتأخرة شأن خاص من جراء ازدياد الدفء بالسطوح المشعة ، وهو ما يساعد في فهم هذا الحادث العجيب في الظاهر . فالاشخاص الهادئون يبردون في موضع درجة حرارة الهواء فيه (٢٠) وحرارة الجدر (١٣) ويشعرون على الضد بالنشاط اذا كانت درجة حرارة الهواء (٣-) والجدر (٢٨) . فكل وسط يتمتع تبعاً لذلك بدرجة «حرارة ناتجة» بحسب ما يحدثه من الشعور بالحر وهي بحسب التعريف درجة حرارة الوسط المعادل حيث يكون الهواء ساكناً في حالة الراحة ومشعباً بالرطوبة وللجدران حرارة ذلك الهواء ذاتها .

يبد أن الجدل على الرغم من تقدم هذه المسائل تقدماً واسماً في السنين الأخيرة ، لا يزال قائماً حول نتائج هذه التعادلات فالأدلة كاسات الفيزيائية بحسب التعريفات الاميركية هي واحدة في الاوساط المتعادلة ففيها يتساوى امتصاص مولد الحموضة (اوكسيجين) وطرح حامض الكربون ولها الضغط نفسه في الانقباض والاسترخاء . غير ان هذه النتائج لم يقبلها دوبوي وفارون (Véron) في فرنسا بدون تحفظ . ومهما كان الامر فان اشد الاختلاف في الشروط الطبيعية للمساكن ينحصر في درجة الحرارة الجافة ، ولذا يمكننا ان نحكم بسهولة على درجة حرارة الوسط بقياس هذه الدرجة البسيطة الى درجة الحرارة الجافة وهي وحدها ذات القيمة الفيزيائية .

درجات الحرارة الملائمة ومقادير الفيزيائية : لقد اثبتت المباحث الفيزيائية والجغرافية الحديثة (مؤيدة حدس أبقراط) مبلغ أثر الاقليم في صحة الانسان فاستبان ان درجة الحرارة اذا لم تكن وحدها الشيء المتحول في الاقليم فهي

أحد المؤثرات الأساسية فيه على الأقل ، وقد جدّ أخيراً استناداً الى هذه الأبحاث في معرفة الشروط الملائمة التي يجدر تحقيقها في المساكن بحسب تخصيصها فالاصحاء يتطلبون عادة في حال السكون أو العمل القليل درجة حرارة قريبة من الدرجة (١٨) وهي ما تعرف بنظر أهل الفن بدرجة الحرارة الملائمة وهي توافق بحسب النشاط الجسمي منطقة الاعتدال الحروري بحسب تمييز علماء الفريزة، وتعاود هذه الدرجات الحرارية إجمالاً أقل الجهود الضرورية لابقاء درجة الحرارة الباطنة للجسم ثابتة . فتولد الحرارة يعادل في الحقيقة في هذه الشروط التطور الأساسي ويقع تبديدها في الوسط بسهولة دون حاجة الى العرق فالجسم في درجات الحرارة المنخفضة عليه ان يقاوم الميل الى البرد بزيادة التطور وهذا يحتفظ بقيمته الأساسية في الدرجات العالية من الحرارة فيسمى البدن بجمع مألديه من وسائل الدفاع وخاصة منها التوسع الوعائي والتعرق الغزير كلما كان الوسط اشد سخونة . ومن المقبول ان هذا الجهد القليل الذي يبذله الجسم البشري في منطقة الاعتدال يولد هذا الشعور الحسن وبه يمل السمي الفطري في الاصحاء . بيد ان لهذه الدرجة الملائمة عدا ذلك خواص غريزية أخرى لم تتضح الا مؤخراً اذ توافق الدرجة القصوى من وسائل دفاع المخلوق كما انها تناسب خير نتاج للعمل اليدوي فالشخص يكون في هذه الدرجة الملائمة كما تبين الاحصاءات في اتم الصحة وهكذا تكون الوفيات قليلة في البلاد التي يشتد تأثر الاشخاص فيها من الاقليم الطبيعي وكذا تكثر الولادات اذا كانت درجة الحرارة الوسطى في النهار بين (١٦ - ١٨)

وعلىنا لايضاح ماوودناه اجمالاً ان نتصور ان الحال عبارة عن دفاع تجاه الوسط يتطلب القليل من الجهد وبذا ترداد القوى الاخرى .

نشأة الامراض البردية وصلتها بالبرد — الحرارة والنشاط الجسمي : ان هذه الدرجات من الحرارة اذا ماعدت شذوذاً في الطيعة فهي القاعدة في مساكننا وقد ادى ذلك الى طرح مسائل على بساط البحث عدت ذات شأن صحي هام يجدر التقصي فيه .

تبرر التدفئة الاصطناعية بضرورة مقاومة الامراض البردية وان أثر التدفئة في ظهورها لا يعد مما كان يظن اذ يبدو انها في الوقت الحاضر على خلاف مايتوخى منها منشأ لعدد كبير من تلك الامراض ويجب مع هذا، انهم تأثيرها، التدقيق في آية ظهورها .

يظهر ان انتشار هذه الامراض بعامل البرد اوغيرها من الامراض ذات الصبغة الانتانية امر قد أقر بالرغم مما وجه اليه من شديد الانتقاد وقد ايدته بصرف النظر عن الزمن سلسلة من الاحصاءات اوضحها ماقام به شاد (Schade) في الجيش الالماني وغرونود (Grunwood) في امريكة وغير ذلك من الاحصاءات الحديثة التي ثبت فيها توافق الزمن وسيرامراض طرق التنفس في مختلف البلاد الاميركية فكان القسم الاعظم منها في شهر تشرين الاول اذ بلغت فيه (٣٠ / ٠) وهبطت في شهر تشرين الثاني الى (١٤ / ٠) وارتفعت في شباط الى (٢٥ / ٠) وعاد النزول بعد ذلك منتظماً حتى فصل الربيع .

غير ان اشهر التحريات ماقام به فان لوغيم (Van Loghem) في هولاندا

على سبعة الاف شخص واثبت فيها ان لسير الامراض في مختلف البلاد الهولندية الواقعة في اقليم واحد مخططاً واحداً رغم ما يفضل بينهما من المسافات الشاسعة مما ينفي تعليلها بالمدى فقط، وان تحولات هذا المخطط موافقة لتبدلات درجة الحرارة الخارجية . وابتسط تعليل لذلك هو ان نسلم بان حمة الجراثيم تشتد بانخفاض درجة الحرارة السطحية للاغشية المخاطية التي تغطيها اعدا ذلك، بحسب رأي اسكا فازي (Askanaazy) وهيل (Hill) تبدلات حكيمية تسهل نفوذ الجراثيم وقد قبل عدد كبير من السرريين فرضية التخرش الموضوعي هذه وتؤديها على ما يظهر التجارب اليومية بما يقع من التهابات الخنجرة والبعثة المختلفة الشدة تلو استنشاق الهواء البارد جداً او ارتشاف سائل مثلوج . ويتضح هذا الاثر اذا اضطر انسداد الانف الى التنفس من القم مما يمنع تسخين الهواء قبل بلوغه الخنجرة . بيد ان بعض هذه الملل قد يبدو صيفاً عقب التبرد اذ لاتقع تبدلات حكيمية بينة في الاغشية المخاطية . ولا يكفي كذلك نقص افراز المخاط الانفي الهالك للجراثيم الذي قال به ليرمويه (Lermoyez) لتعليل جميع الحالات العادية . فلا بد من الظن بان البرد يؤدي بتشويشه لحياة الخلايا الى اضعاف البدن اذ يبدل في الحقيقة تغذية النسيج وبالتالي تركيب الاخلاط وكذا تضعف قوة البلعمة في الكريات البيض وان اختفاء المناعة نتيجة لمجموع هذه العوامل .

ان هذه الشروح جميعها فرضيات اكثر منها راهين غير انها تنافي اطلاق المدوى الذي يسلم به الكثيرون ، ويجب ان تقبل ان ظهور بعض الامراض الاتانية نجم عن جراثيم وجود الجراثيم المرضية المشاركة

عن نقص مقاومة البدن أكثر من ظهور الجراثيم أو ازدياد حتمها. ولقد أوضح أثر البرد في انقاص المقاومة عدد كبير من التجارب : فقد عرض ليارى (Liparie) فئة من الحيوانات للبرد بوضعها في منطس درجة حرارته (٣) بعد حقن دغاماها بقشع فيه كثير من المكورات الرئوية فشاهد أن الحيوانات التي لم تعرض للبرد لم تصب بذات الرئة يد أن الأخرى هلكت بعد أن أبدت آفات رئوية ، وحقن فيشل (Fischel) المكورات الرئوية في أوردة فئة من الأرانب وضع بعضها في أوعية يحيط بها الجليد من الخارج فماتت جميعها وعاشت الأخرى بفضل البلعة الشديدة وأعاد لود (Lodo) هذه التجارب بحقنه أوردة حيوانات حلق شعرها (أرانب) أو تنف ريشها (دجاج) بجراثيم ممرضة مختلفة فكانت النتيجة أن تلقت الحيوانات الممرضة للبرد وسلت الأخرى. وقد وثق لاثبات أثر التراما والريش بعض هذه الحيوانات التي حلق شعرها وقبل تعريضها للبرد بستر من نسيج كتيم فظلت حية .

ويمكن (دورك) (Durek) بتكرار هذه التجارب من إضعاف البدن بدون أن يلجأ إلى الحقن بشيء مؤذٍ للأنسجة. وتسنى له أحداث ذات الرئة في عقب تبريد بسيط ، ويمل ذلك بازدياد حدة الجراثيم المشاركة أكثر من نقص مقاومة البدن .

لكن هذه التجارب وما مثلها لم تسلم من النقد ويعيب عليها ستشر (Sticher) شدتها القائمة على فحص منعكس الدغدغة بوخزات الدبوس ، وقد تسرب الشك منذ السنة (١٩١١) إلى فعل البرد المرض حينما أعاد

شودنسكي (Chodounski) تلك التجارب على حيوانات عرضها فقط لاختلاف في درجات الحياة العادية فكانت نتائجها سلبية ، وعرض نفسه عارياً بالتوالي لتأثير تيارات الهواء البارد والمغاطس الحارة ثم الباردة فلم يصب بداء ، ولاحظ ايضاً ان النزلة المروضة الناجمة عن البرد تظهر بفترة يتنازلاً في حمة الجراثيم لم يتسن تحقيقه في التجارب الجرثومية بمثل تلك السرعة وتؤيد هذه التجارب السلبية شأن ازيد الحمة يد ان الامر بقي غامضاً فيما يتعلق بالبدن وجل ما هنالك انها تين امكان التمتع بانقاء البرد فقط .

صدمة التزعزع الغروي لذاتية البردية : لقد انحصر تأثير البرد في التجارب المتقدمة في الاعشية المخاطية لطرق التنفس وفي الجسم عامة غير ان تأثيره البعيد الذي يثبت ما يقع من الزكام والتهاب القصبات في عقب برد الارجل لا أعظم شأناً . وقد اوضح (باستور) هذا التأثير البعيد بتجربته الدراسية بحذف مناعة الدجاج على الجرعة بنطسه ارجلها في الماء البارد ، فيستعمل في هذه الحال الاكتفاء بهبوط درجة الحرارة السطحية للاعشية المخاطية اذ ينبغي ان نقبل ان البرد يفضي الى نقص في مقاومة البدن العامة بطريقة لا تزال نجملها . غير ان اعمال فيدال و ابرامي وابحاثهما في صدمة التزعزع الغروي الذاتية البردية تساعد على التكهّن بها اذ تثبت ان البرد يحدث في جسم سليم صدمة تشبه من جميع الوجوه صدمة التأق ولها تقريباً شدتها ذاتها اي ان البرد يفضي الى صدمة مفاجئة في اتران اشباه الفراء المخاطية اشبه بما يقع حين دخول مادة من نظائر الآح للدم وتتصف صدمة البرد هذه كغيرها بانها تحمل البدن في حرز ولو الى زمن معين من صدمة جديدة

وبسكلمة واحدة باحداثها ضرباً من الوقاية الموقته وهذه الوقاية التي لاتطول عادة اكثر من بضع ساعات لا يقتصر أمرها على التبرد فقط بل تمتد الى ما يحدث منها باسباب مختلفة . ولقد ابدت اعمال باستور فالري رادو هذه النتائج اذ اتضح معها ان نقص الحرارة او ازديادها يسوقان ظهور صدمة التأق طيلة زمن التحول الحروري ، وان المناعة المكتسبة بحسب نظريات (لومبار) الحديثة ليست الا ظاهرة تأق اي ان اخلاط المرء بعد ان تغعم بالزراع الجرثومية تستطيع ان ترسب هذه المواد من نظائر الآح نوعياً وتؤدي الى تنبذ المواد الهيولية في هيولى هذه الجراثيم ، وان استجابة ظهور صدمة جديدة تلو التبرد يفضي الى حذف مناعة الشخص بصورة موقته . وهكذا يملل ظهور مختلف الامراض الجرثومية بعد صدمة ماسواه عقب البضع او تلو التعرض للحرارة الشديدة أو التبرد قد يكون شيئاً محدثاً ولكنه غير ضروري . وقد لاحظ مورهار (Morhardt) ان الصدمة الناجمة عن الحقن بمادة من نظائر الآح لا تؤدي كما يظهر الى اضطرابات تنفسية فهل يمكن ان تترافق هذه الصدمة باضطرابات اخرى كالتشوش الوعائى الحركي ؟

يسهل ظهور الصدمة في قصور التدد الصم ، فالدرقيون والنفاريون يبدون استعداداً مرضياً عظيماً تجاه البرد ، فاستقرار التوازن القدي كما يشير هومبر (Humbert) يجب ان يخفف من هذا الاستعداد .

الامراض البردية او بالاحرى الامراض الناجمة عن التبرد : ينكر احياناً اثر البرد في ظهور الامراض المعروفة بالبردية ويؤيد ذلك بذكر حالات مرضية عديدة تبدو ابان الفصول الاخرى ، حتى ان بعض المؤلفين يستغرب تباين

التغير في مختلف البلاد في المنطقة المعتدلة اذ يقال في اكثر اللغات عن الزكام مثلاً اني اخذت برداً اكثر مما يقال اني سخنت ، بيد ان هذا التناقض ليس الا ظاهراً اذا ما دقق في طريقة التبريد عن كتب ، فان من الخطأ ان يظن بهبوط درجة حرارة الاغشية المخاطية في فصل الشتاء فقط فقد يقع ذلك نفسه ايضاً صيفاً متى فقدت كميات كبيرة من الحرارة وقد يتضاعف ذاك الضياع الحروري فجأة في شخص سخن بعمله المجهد ثم انتقل الى وسط يناسب شخصاً في حال الراحة وقد يكون هذا التبريد محدثاً بانقلاب مفاجيء في العمل ، ففي المعامل الكبرى يقوم العمال بمجهود عظيمة في وسط شديد الحر (تجاه المواد المنصهرة مثلاً) ثم يستريحون في وسط بارد فيصابون من جراء ذلك بالميت من الامراض البردية اكثر من الذين يعملون بنظام في اوساط درجة حرارتها اقل اختلافاً بما يعادل مرتين ونصف المرة .

وما هو جدير بالاعتبار سرعة اختلاف الضياع الحروري ، فتخضع التبدلات الحرورية في البشر اذا ما كان المرور من وسط لآخر فجائياً وقبل ان يتسنى للجسم تعديل توسعه الوعائي ودرطوبته السطحية للقوانين ذاتها الحكيمة التي تنطبق على الاجسام الجامدة ، فاذا ما وضع رجل عار قليل العمل في وسط اشبع بالرطوبة ودرجة الحرارة فيه (٣٣) وكان استغلابه الاساسي نحو (١٠٠) حرة في الساعة ويتعرق عرقاً غزيراً ودرجة حرارة جلده بين (٣٦,٣٥) فان خسارته الحرورية تبلغ اربعة اضعافها اذا انتقل بفته الى وسط مشبع ودرجة حرارته (٢٤) قبل ان يتلائم معه ، ويتبين امد هذا التبدل

الحروري بين الطول والقصر اذ يتعلق كل ذلك بسرعة التطابق او التلائم القائم بانقاص التوسع الوعائي وغوور الرطوبة السطحية ، وتخف وطأة الصدمة اذا ما كان الشخص مكتسباً لردائه بيد ان ارتداء الملابس هذه لا يخلو من خطر اذ يكون غوور بخار الماء بطيئاً لرطوبة الملابس وكما كانت الصدمة خفيفة كانت اطول امداً .

يجتاز الارتكاس في الحال الطبيعية الهدف المتوخى ، فالوسط يبدو بعد ان يكون شديد البرد مفرط الحرارة ثم يكون اخيراً ملائماً ، ويستخلص من مختلف الابحاث التي دارت في هذا الصدد ان الارتكاس السطحي يحتاج في الاصحاء الى ثلاث دقائق وان التوافق الملم وغوور المرق يحول امدهما من شخص الى آخر بين (١٠ - ٣٠) دقيقة ولذا فان الامراض المعروفة بالبردية هي بالاحرى امراض تبرد اكثر منها امراض برد خاصة .

خطأ التدفئة الحديثة برضا درجة الحرارة تدريجياً وبصورة منتظمة : تزيد التدفئة

الحديثة في التمريض للتبرد بزيادتها فوارق الحرارة التي تعيب الجسم البشري فلا بد ان تحمل هذه الاختلافات الحرورية الشديدة من ان يكون التنظيم الحروري في الابدان مرناً وقوياً وهكذا فان طرق التدفئة الحديثة باهتمامها عن هذه الغاية اخذت تنفصل شيئاً فشيئاً عن المقصد الاساسي . لان تقدم الفن يساعد على ابقاء درجة الحرارة الباطنة ثابتة منتظمة يد ان المواقد والمدافئ القديمة كانت تحدث تبدلات كبيرة في درجة الحرارة لان هذا ضروري في ضبط التنظيم الحروري وبقائه وثبتت الاحصاءات السابقة ايضاً قلة الوفيات ووفرة المواليد اذا ما تحولت درجة الحرارة بضع درجات وكانت لها القيمة الوسطى

الملائمة نفسها ويكثر نتاج العمل الجسدي في المعامل اذا ما تحولت فيها بين (١٨.١٥) أكثر مما لو ظلت ثابتة في الدرجة (١٦.٥) ، ويخشى من استمرار هذه الدرجة من الحرارة مخود القوة والنشاط لانها اذا ما ساعدت الشخص على الاستفادة من جميع قوته فليس من الحق ان يضطر لصرفها في مقاومة الوسط.

وتوضح هذه الملاحظة خطر الحرارة الباطنة المتزايدة باستمرار وهذا ما هو مرغوب فيه في الوقت الحاضر اذ يظهر ان لدرجة الحرارة التي يتأدها الجسم أثراً مقصوداً في الوسائل المولدة للحرارة وخاصة في الاستقلاب الرأسي. وكشفت اختبارات جيلينو (Gelinéo) على الجرذ بتعويدها الدرجة (٣٠) من الحرارة او الدرجة (صفر) نقصاً في الاستقلاب القاعدي بما يادل (٦٠.٠/٠)، وكذا فان الاستقلاب الرأسي كان عندها بنسبة $\frac{1}{4}$. وفضلاً عن ذلك فان وسائل الدفاع في الحيوانات المعتادة درجات الحرارة العالية كانت ناقصة جداً غير ان ذلك لم يقبل على علته فيما يتعلق بالجسم البشري ولم يقر به جميع علماء الفرائز اذ قد تتأق المشاهدات السلبية عن مكث غير كافٍ في تلك الاوساط ونقص فله بتبديل الملابس .

تبين هذه المشاهدات خطر شريعة الاشد تأثراً من البرد التي يجبر مختلف المقيمين في غرفة على تحمل اشد درجات الحرارة المرتفعة ارتفاعاً تدريجياً بحسب ما يتطلبه احدهم. وعند الضرورة الدوائية يجب ان يقاوم الاشد تأثراً من البرد بارتدائه ملابس غليظة على ان يسمى للتلازم التدريجي ولا يمرض وسائل دفاع غيره (جيرانه) بتعويدهم درجات الحرارة العالية .

نظرة في التأثيرات الاخرى للاقاليم المدنية : ان ما يتعرض له اهل المدن من التبدلات الفجائية في درجات الحرارة من جراء التدفئة الاصطناعية في المساكن لثو تأثير في الجملة المصبية ، ولقد انصح من تجارب ميلس (Mills) على الفأر ان الحيوانات الممرضة مرات عديدة في النهار الواحد لمثل تلك التحولات تبدي ضعفاً في الاختصاص شديداً ، ولا يبعد ان يتبع مثل هؤلاء الاشخاص بقتب نفسي لم يكن ليعرفه الاقدمون ، ويؤدي هذا التنبه مع طول الزمن وتكرره المتوالي الى تعب الجملة المصبية ويزيد في وطأة الاضطرابات النفسية شدة .

الخلاصة :

ما هو الاقليم الموافق في المساكن ؟ يتعلق الامر ولا شك بحال السكان الفيزيائية ، ثم يجب ايضاً ان يميز من بين الاصحاء اشخاص هجروا مواطنهم واثقلوا اقليمياً لم يعتده اسلافهم ؟

ان خير ما يوافق معظم المستوطنين هو تبدل الاقليم الطبيعي لدرجة محدودة رغم ما يبدو في ذلك من الغرابة يد ان المدنية قد شوهت العادات كثيراً كما ان الاتاج العقلي والجسمي يجبر كل انسان على ان يضع نفسه في خير الشروط الملائمة بصرف النظر عن درجة تنكس خصائص التلائم اذ يحتاج ساكن المدينة الى ان يكون في حرز من الاختلافات الجوية الشديدة لذا يضطر الى البحث عن الطف الاوساط وانسبها وهو ما يسمى الاوساط الملائمة ولقد عاد من التمتع لهذه الاسباب جميعها عدم تدفئة الامكنة في الشتاء بجعلها بدرجة حرارة تقرب من الدرجة (١٦ و ١٨) ويظهر على الضد

ان من الخطأ محاولة ابقاء هذه الدرجة بصورة منتظمة ما امكن ومن الضروري اجراء التنظيم الحروري في المخلوق بتحويل هذه الشروط الحرورية ضمن حدود معينة . ويجوز ان يزداد هذا التحول اتساعاً في الشتاء اي ان يكون درجتين في تشرين الاول وثلاث درجات في تشرين الثاني واربعاً في كانون الثاني . وهناك واسطة ابسط لاقرار التنظيم الحروري حيث لا يقيم السكان مدة طويلة في شقة واحدة وذلك بتدفئة المواضع الوسطى والملمقة كالأبواب والدهاليز الى درجة اقل تقريباً من درجة حرارة الغرف فاذا ما اضطر الاشخاص الى المرور مرات عديدة من موضع لآخر كان ما يتعرضون له من فرق في درجة الحرارة ملائماً لهم . ولذلك تدفأ الغرف المأهولة عادة الى الدرجة (١٧ او ١٨) بينا الغرف المتوسطة لا تدفأ الا الى الدرجة (١٢) او (١٣) فالفرق هذا يوافق في التدفئة المركزية الاعتيادية سير الجهاز في حالات البرد الشديدة ثم يعود درجة واحدة في نهاية الفصل حينما تكون درجة حرارة المواقع المختلفة قريبة من درجة الحرارة الخارجية وهكذا يحصل الفرق من نفسه بحسب الفصل بين درجات حرارة الغرف المختلفة .

ومهما كان الامر فلا غنى عن تعيين درجة الحرارة العظمى في الشتاء بان لا تتجاوز للاصحاء الدرجة (١٨) او (١٩) وان تبقى الرطوبة حول (٥٠٪) .
وهذه اقل شأناً من درجة الحرارة اذ من القاعدة ان تتراوح بين (٤٠ - ٦٠٪) .

وان استقرار التنظيم الحروري بتحويل الحرارة الباطنة لا يقي من التبرد عند الانتقال فجأة من الداخل الى الخارج اذا ما كان البرد شديداً ، فالأجود

اذن التحفظ بالملابس عند تغير الوسط بارتداء معطف الا الاطفال الذين هم اشد تحسناً بالبرد لإسباب إمرضية خاصة فان هؤلاء تسخن ملابسهم في خزانة الثياب فيقل تأثير الوسط الخارجي تراكم الحريات فيها .

وقد بحثت اللجنة الصحية في جمعية الامم عند ما ترأسها الاستاذ (جاك باريستو) ممثلاً لفرنسة في السنة ١٩٣٧ وعصمت صحة هذه الشروط الوسطية للمساكن ، فالاعتبارات السابقة تعارضت مع المبدأ الانقلوسا كسوني للوسط الاعظمي الملائم وهو امر شديد الخطر على الشعوب اللاتينية التي تتبع حياة هادئة ؛ فكان ان تغلبت الفرضية الفرنسية بعد مباحثات مختلفة فاشارت اللجنة المذكورة الى ما يلحق خاصة التوافق في الجسم البشري من الضرر من جراء الميل المتزايد في بعض البلاد الى الامعان في رفع درجة حرارة المساكن باستمرار وجعلها ثابتة دوماً .



الشباب والاشباب

٩.

للإمام شوكة موفق الشطي

الصيام

فريضة الهية ارشدت اليها الكتب السماوية ومن ادلة فرضيتها على اهل الكتاب من موسىين ونصارى ومسلمين ما جاء في القرآن الكريم «يا ايها الذين آمنوا كتب عليكم الصيام كما كتب على الذين من قبلكم لعلكم تتقون اياماً معدودات».

الصوم في الاسلام هو الامساك عن المفطرات يوماً كاملاً من ظلوع الفجر الى غروب الشمس في شهر رمضان وهو فرض عين على كل مكلف له تأثير عجيب في حفظ الجوارح الظاهرة والقوى الباطنة وحيثما عن التخليط الجالب لها المواد الفاسدة وفي است فراغ المواد الرديئة المانعة من الصحة وكف النفس عن الاسترسال في ميولها ومجاهدتها ولتدريب المؤمن على انه انما يأكل ليتقوى ولتعويده ان تكون همته وقواه مصروفة الى ما وراء الاكل ولتعليمه فوائد الاعتدال في الطعام وحفظ صحته والى ذلك يشير الحديث الشريف (صوموا تصحوا) اذ لا يخفى انه كثيراً ما يكون سبب الامراض الافراط في الاكل والشرب . على ان الفائدة من الصيام لا تتم الا اذا اقتدي في ادائه بما امر به القرآن الكريم وارشد اليه النبي

الأمين. الحليم في امر الطعام والشراب . واما اذا تم الصيام على النحو المستاد اليوم بان يعض الصائم عما فاته من طعام النهار بالدغص^(*) وقت الإفطار والبردة في الليل والكظفة في السحور فلا تحصل الفائدة منه ولا يكون ادائه مطابقاً لما امر به المسلمون وارشدوا اليه لذلك رأينا ان نبحث اكثراً لفائدة من ذم النهم وعن ارشاد القرآن الكريم وهدى الرسول العظيم في امر الطعام والشراب .

ارشاد القرآن الكريم وهدى النبي الامين في الاكل والشرب

ه كلوا واشربوا ولا تسرفوا ان الله لا يحب المرففين ه آية كريمة
لا تيمتوا القلوب بكثرة الطعام والشراب حديث شريف
لا تنسوا الجوف وما وعى^(**) حديث شريف
كلوا واشربوا في انصاف البطون حديث شريف

صدرنا هذا البحث بالآية الكريمة لنبين ان الله عز وجل ارشد عباده الى ادخال ما يقيم البدن من الطعام والشراب عوض ما تحلل منه وان يكون بقدر ما ينتفع به البدن في الكمية والكيفية ومتى جاوز ذلك كان اسرافاً وكلها مانع من الصحة جالب للضرر اعني قلة الاكل والشرب او الاسراف فيهما .

وقد اردفنا الآية باحاديث شريفة لتظهر المقصود منها وكلها تنهي عن كثرة الطعام والشراب وتدعو الى اجتناب النهم والشره وتحذر من التخمّة والبطنة باحسن الاقوال وابلغ الكلام .

(*) الدغص : الامتلاء من الاكل (**) اي ما يدخل اليه من الطعام والشراب

ويتضح من الحديث الأخير تحديد مقدار الطعام والشراب وبين ان الشيع فوق حاجة الانسان اذ كثيراً ما يأكل الانسان الطعام لانه ما زال يشتهي ويخيل اليه ان صحته جيدة وان كل اعضائه تقوم بوظائفها حق القيام فتسول اليه نفسه ان لا داعي الى حرمانها مما يشتهي من طعام وشراب فيكثر من الاستمرار تساعده على ذلك في بادىء الامر معدته وامعاؤه لانها اعضاء نشيطة لا تبدي اضطرابها الا متى زيد في ارهاقها على انها ولئن كانت صبورة على المشاق فهي عنيدة لا تخضع للترياق، شفاؤها عسر، اذا استعكم المرض فيها اتجه الى الشدة والزيادة وولد في الجسم امراضاً عديدة لا يكون ظهورها مبالغاً بل تتأسس خلصة وتتمكن في البدن تمكناً يصعب معها استئصال جذورها منه .

ولا بد هنا من التساؤل عن مقدار حاجة الانسان وعن زمن ودع نفسه عن الطعام اذا كان لا يزال يشتهي وعما اذا كانت الشهوة في الطعام دليلاً على حاجة البدن اليه ؟

ان الجواب على ذلك هو ان الانسان اعتاد تناول الاغذية والاشربة اكثر من حاجته اليها . وقد تأصلت فيه هذه العادة مع ان تقع الغذاء ليس بكثرة مقداره او قلته فكم من التحيفين البطنين (١) الذين لا يزيدهم نهيمهم الانحفاً لا اضطراب تبث الاغذية في اجسامهم والذين اذا اوصوا بالاعتدال في الاكل والشرب اخذ وزنهم بالازدياد وكم من الاشخاص الذين اعتادوا املاء بطونهم بكميات كبيرة من الطعام والشراب فاذا عوض لهم عنها بما يعادلها

(١) البطن هو الرغب الذي لا ينتهي من الاكل وقيل هو الذي لام له الا بطنه

من حيث النفع ويقل عنها من حيث الحجم خيل اليهم انهم ما زالوا جوعاً وفي كلا
 المثلين دليل واضح على ان الشعب ليس متعلقاً بحاجة الجسم وان حاجة الجسم
 غير مرتبطة بحس الامتلاء في اكثر الاشخاص ان لم يكن في جميعهم وذلك
 لأن الشعب كما يفهمه عامة الناس ليس حساً غريزياً بل عادة متأصلة في النفوس
 وقد عرف الترائيون من اختباراتهم في الحيوان ومن يحوهم في غذاء
 الانسان ان البدن يحتاج الى قوام غذائي فاذا أدخل فيه اكثر من حاجته
 ولم يقو على حرقه وتمثله او طرد فضلاته وافراغ انقاضه تراكت العناصر
 المذكورة في نسجه واعضائه وولدت اضطرابات كثيرة . ولا شك ان
 القوام الغذائي يختلف باختلاف الاشخاص وعملهم وسنهم وجنسهم
 وعروقهم واقليمهم .

الاجذية

تكون الاغذية الاساسية على نوعين حيوانية ونباتية وان العلماء
 مختلفون في ترجيح احد هذين النوعين على الآخر ، والاقترب الى
 الصواب ، بحسب تكوين الجهاز الهضمي في الانسان هي المرافقة
 اي القوام أو الترتيب المختلط من كلا النوعين كما ان هناك بعض
 احوال يرجع فيها استعمال الاغذية النباتية وحدها كما توجد احوال تضطر
 الى استعمال اللبن وحده وهي الحمية اللبنة فيكون قوام المعيشة بحسب ذلك على
 ثلاثة انواع : قوام رزامي (مختلط) وقوام نباتي صرف وقوام لبني بحت
 وهناك تراتيب او ضروب حمية خاصة تحتم على الانسان استعمال نوع خاص
 من الاغذية دون غيرها ويعد القوام اللبني نوعاً من الحمية .

١ - الترتيب الرزامي (المختلط) : الترتيب قوام مميّشة لشخص كاهل نصف يلزم ان يعطى مقدار (١٠٠) غرام من المواد الاحينية و (٦٠) غراماً من الدسم مع (٢٥٠ - ٣٠٠) غرام من ماءات القمح والمهم في هذا الترتيب ان يكون مختلط الانواع ليتمكن الحصول على مقدار الملاح المختلفة الضرورية للبدن والارجح ان تؤخذ هذه المواد متناصفة من المولدين الحيواني والنباتي :
فلا تأخذ مقدار (٤٠ - ٦٠) غراماً من المواد الآزوتية الحيوانية يكفي اخذ المقادير المحررة من المواد الآتية :

(١٥٠) غراماً من اللحم الخالص وفيها (٢٠ - ٣٠) غراماً من المواد الآينية ويضتان وفيها مقدار (١٥) غراماً من المواد الآزوتية وقد يؤخذ فوق ذلك مقدار من الجبن لاتمام المطلوب من تلك المواد الآزوتية الحيوانية اما لتدارك المقدار التباتي منها فيؤخذ (٣٥٠ - ٦٠٠) غرام من الجبز فيها نحو ٢٨ - ٤٨ غراماً و ٨٠ غراماً من الحضراوات او البقول فيها نحو ١٦ غراماً و (٢٠٠ - ٣٠٠) غرام من البطاطا وفيها نحو ٤ - ٦ غرامات من المواد الآزوتية ويكمل النقص بأخذ شيء من الجبوب لاتمام المطلوب . اما الدسم فيسد قسماً منه ما اخذ من المقادير السابقة من المواد الحيوانية غالباً ويضاف لاتمامه مقدار ٢٠ - ٣٠ غراماً من الزبد والسمن او ما يعادلها غذاء من الزيوت النباتية فيحصل المقدار المطلوب واما للحصول على المقدار اللازم من ماءات القمح ففي الجبز منها نحو (١٧٥ - ٣٠٠) غرام وفي الحضراوات او البقول المأخوذة نحو (٦٠ - ١٠٠) غرام وفي اللبن مقدار ٢٥ غراماً ويكمل النقص بالسكر والاثمار الاخرى فيتم المطلوب . ثم لا يخفى ان هذه المقادير قد

تتحول جداً بحسب الحاجة وهي قوام بدن يعمل بجهد وقوة ويحتاج الى محركات كثيرة .

٢ - الترتيب او القوام النباتي : من الثابت ان الاكثار من تناول المواد الآخينية والآزوتية وخاصة اللحم يورث البدن كثرة الفضل الآزوتية ولا سيما حمض البول وتزيد في اشباه قلوبات البول كثيراً وهذا كله مما يزيد في سموم البدن اجمالاً كما سوف نبين . فكل هذه الاسباب تميل بالهكر نحو مذهب النباتيين من الفلاسفة كما انه يوجد كثير من الرجال الاقوياء او المعمرين وكثير من ارباب الصناعات الشاقة كالخطاطين والزراع والجالين وغيرهم يعيشون بالاغذية النباتية على الاكثر كما انه من المسلم به ان هذا القوام النباتي مما يفيد ارباب الاعمال العقلية كثيراً ، عدا كونه يلين الطباع ويساعد على اصلاح بعض الصفات في الانسان وفيه فوائد اخرى بدنية محسوسة كوقاية البدن من شر القبض وأذاه وحفظه من الآفات الحرضية والاقضل الجمع بين المذهبين وبذلك يمكن الجمع بين القائدين وهذا هو مذهب الرسول صلى الله عليه وسلم ،

٣ - القوام اللبني : بما ان اللبن حاوٍ على العناصر الغذائية الثلاثة فيمكنه ان يكون غذاء كاملاً ويقوم وحده بأود الحياة البدنية . على انه يلجأ الى ذلك اما بقصد الحمية فقط او بقصد المماثلة لتخفيف وطأة الامتلاء او الاتفضاج الحاصل بسبب العطالة البدنية او البطنة .

واللبن بما له من الخاصة المدرة للبول وسهولة هضمه وآخيته يكون مفيداً جداً كما انه يقلل من سموم البول وجراثيم الامعاء وبالنظر لفقره

بالمح فانه يساعد على تنقيص هذه المادة من البدن في بعض الامراض الكلوية ومن المعلوم ان اللين الرائب لا يقل فائدة عن اللين الصريف ان لم يكن افضل منه في بعض الاحوال لذا يمكن ان يستعمل كاللين وحده . فاذا قارنا بين القوام الغذائي وما يتناوله الاشخاص لرأينا ان الكثيرين منهم مفرطون في الاكل والشرب وخاصة اولئك المنعمون المترفون الساكنون او العاملون بمقولهم . ولئن كان ضرر افراط الاعتناء عما فهو فيهم اشد ضرراً . هذا ولما كان متعذراً وزن ما يدخل الى البدن من المواد الغذائية في كل يوم وكان حس الشبع وحاجة الجسم غير مرتبطين وبما ان حاجة البدن في الاشخاص السليمين دون حس الشبع كالفعل بارشاد القرآن الكريم وهدى الرسول باتباع الآية الكريمة والاحاديث الشريفة التي صدرت بها هذا البحث ضامناً لادخال المقدار اللازم من الطعام وحائلاً دون الوقوع في شرور الامتلاء .

(لبحث صلة)



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في نيسان سنة ١٩٣٩ م . الموافق لصفر سنة ١٣٥٨ هـ .

الجمعية الطبية الجراحية بدمشق

جلسة الثلاثاء في ١٤ آذار سنة ١٩٣٩

قرئت فيها التقارير التالية :

١ - الطيم شوكة موفق النطلي ، بعض اختبارات عن علم الوراثة : قام الباحث منذ سنتين باختبارات غايتها تطبيق قوانين مندل على توارث اللون فحصل على نتائج مخالفة لما هو معروف الآن تلخص بما يلي : ان الخلط المتوسطة الثابتة التي سعى العلماء الى الاستحصال عليها في الحيوان بدون ان يوفقوا تماماً موجودة في الطيمنة ، والحمام البني الفاتح من هذا النوع . والدليل على ذلك تفكك صفاتها وتزوجها الى اصلها متى زوجت بانواع اصلية ٢ - لم يشاهد حادث تأسن واحد الى الاب مما ثبت ان التأسن نادر ٣ - ان اللونين الالبيض والاسود هما صفتان اساسيتان في اكثر انواع الحيوان وكل منهما غالبية تارة ومغلوبة اخرى واما الالوان المتوسطة بينهما فصفات عارضية

ولكنها قد تكون مستمرة .

الناقشة : العليان حسني سبيع ، شوكت موفق الشطي .

٢ — الطيم مدوح الصاغ ، حادثة هرعية في عقب شفع ناجم عن شلل المص

الاشتيائي : مريضة سقطت من اعلى سلم وصدمت رأسها وتشوشت رؤيتها فلم تعد تميز شكل الاشياء ، ولم يكشف فحص العينين اقل داء فيها غير ان التشوش كان يزول حينما كانت تغلق عيناً وترى بواحدة فقط ويمود حينما كانت ترى بكلا العينين فحري الشفع (diplopie) فيها فوجد متجانساً وكان سببه فليج الزوج الرابع المصعب للعضلة المنحرفة الكبيرة للعين اليسرى فلجاً رضياً وقد اعترتها من جراء ذلك حالة هرعية (hystérique) زالت باستعمال نظارات بلودتها اليسرى مصقولة .

٣ — الطيم شاووه ، معالجة كسر نادر في نهاية النقا السفلى معالجة جراحية : جندي

سنغالي اصيب بكسر بشكل T في نهاية النقا الايسر السفلى مع تبدل كبير ولم يستطع رد كسره بوسائط التجبير فعملج في اليوم الثامن معالجة جراحية قوامها ، نشر الناقى المرفقي ، عند قاعدته . افراغ المفصل من الدم ، رد اللقمتين الانسية والوحشية وضبطهما بمحوى (Vis) ، رد الكسر المقترض وضبط جسم النقا مع فوق القمة بصفيحة برهام ، خياطة الناقى المرفقي بشعر فلورنسة . وقد كانت النتيجة حسنة .

٤ — الطيم منير السادات ، حادثة تمزق الرحم في اثناء الخاض : امرأة عمرها

٤٠ سنة حامل للمرة السابعة عشرة بدأ مخاضها بآلام متزايدة وانبثق جيب مياها غفواً واخذت قابلتها ومن حضرت معها يحسها على الضغط والجهد

فشعرت بألم كطمنة الخنجر ووقف طلقها وسكن جنبها عن الحركة وساءت
 حالتها العامة فأخرج الجنين الميت بالملقط ورغب في اخراج المشيمة واذاها
 في جوف البطن تحت الكبد لان الرحم كانت متمزقة . وقد رفض اهل
 المریضة العملية فعولجت بوضع الثلج على البطن والبرويدون فشفيت في
 اليوم الخامس عشر بلا اقل اختلاط .

الناقشة : العلماء شادل ، شوكة القنوازي ، منير السادات

٢٠٢ خ



بعض اختبارات عن علم الوراثة

للسليم شوكة موفق الشطي

قت منذ سنتين يعض الاختبارات عن علم الوراثة وغايته تطبيق قوانين مندل على توارث اللون فحصلت على نتائج مخالفة لما هو معروف الآن لذلك رغبت في عرض الامر على الزملاء الاكابر
اخترت الحمام الهزاز لاختبار التخليط الوحيد بين نوعين يختلف احدهما عن الآخر بصفة واحدة وهي اللون، وكان سبب ترجيعي للطير المذكور عن غيره، الفته والوفاء المتبادل بين ذكره وانثاه وقد حصلت على نتائج غير متوقعة كما هو مبين في الترتيب الآتي :

تزاوج بين طيرين :	ذكر بني فاتح	انثى بيضاء
النسل الاول	بني قاتم مبقع بياض قليل	ايض مبقع بني
نسل النسل الاول	ايض بياضه غالب بمزوج بني قاتم	ايض مبقع
نسل هذا النسل الاخير	ايض مبقع واخيراً ايض صرف	ايض صرف

تزاوج بين طيرين : احدهما بني غالب بمزوج بياض والثاني ايض صرف

النسل الاول	اسود الابيض ريش	ايض
نسل النسل الاول	اسود غالب مع بياض	بياض غالب مع بني
نسل هذا النسل الاخير	ايض مبقع	ايض مبقع واخيراً
واخيراً ايض صرف		ايض صرف

تراوج بين	ذكر ابيض ممزوج بلون رمادي	وطيرة بضاء صرقة
النسل الاول	رمادي	ايض
نسل النسل الاول	اسود مبقع بابيض	ايض
نسل النسل السابق	لون قريب من الرمادي اخذ يمشق	ايض واخيراً
	مع الوقت	نسل ابيض

واستحصلت على طيور بيض من اب وام مبقعي اللون يغلب فيها السواد وطيور رمادي اللون مبقعين برشات بيض قليلة العدد وطير اسود ارجح ان يكون نقي العرق (١). فاذا امننا النظر في ما مر اتضح لنا ان البياض في هذه الذراري صفة امهلية فقد حصلت على طيور بيض اللون صرقة لا تنسل الا طيوراً بيضاً ، وان اللون البني الفاتح لون عارضي احده احكام الخلط في الخليقة منذ آلاف السنين فلم استطع الاستحصال على طير واحد له لون ايسه بل كان اللون اشد قتاماً وضارباً الى السواد في اغلب الاحيان وكان السواد صرفاً في طير واحد وقد رأيت ان افراد الذراري المختلفة تختلف درجة تبقعها ولون بعضها عن البعض الاخر اختلافاً كبيراً يمكن تصنيف درجاته بمحقات متواصلة لها طرفان . يبدو في الطرف الأول طير اصيل مشابه للآم اي ابيض وفي الطرف الثاني خليط مختلف لونه عن لون الأب ولا يكون مثله ابداً بل يبدو ضارباً الى السواد دائماً وكان احد هذه الطيور اسود صرفاً من عرق نقي على ما ارجح .

وقد استنتجنا من ذلك انه قد يكون من الصواب القول بان الحمام في

اصل الخلقة ذو لون اسود او ابيض وان اللحم المصطبغ بالوان اخرى خليطٌ متوسطٌ ثابتٌ ناتجٌ من امتزاج اللونين الاصليين وراهما بفعل الخنائر فيهما وان التزوع الى الاصل في الذراري الناتجة من التزاوج بين هجين ثابت وعرق اصلي نادر جداً لجهة الخلط .

ويجدر بالباحث هنا التساؤل عن كيفية انتقال اللون في هذه التجارب فاذا قبلنا في انتقاله نظرية الصبغيات كان من اللازم ان يبدو بعض الأفراد مشابهاً تمام المشابهة للأب وهذا لم نره ابداً . ولا بد لشرح ذلك من الرجوع الى بعض انصار نظرية العوامل القائلين بان تراث اللون يناسب صيفاً كيميائية خاصة تعمل فيها المخمرات عملاً اكيداً ولنا في تبين مظهر القتامين في الانسان والحيوان لا بل وفي الانسان نفسه ، بين عدم اللون المطلق واللون الأشقر البسيط واللون الأسود والحالك ما يشجع على هذا القول .

وانا ثبت فيما يلي خلاصةً عن نتائج اختبارنا

١ - ان الخلط المتوسط الثابتة التي سعى العلماء الى الاستحصال عليها في الحيوان بدون ان يوقعوا تماماً موجودة في الطيعة واللحم البني الفاتح من هذا النوع والدليل على ذلك تفكك صفاتها وعدم تأسنها وتزوعها الى اصلها متى زوجت بانواع اصلية .

٢ - لم نشاهد حادث تأسن واحد الى الأب بين جميع الطيور التي استحصلنا عليها وذلك دليل على ان التأسن للخليط في التزاوج بين طير خليط ثابت وطير اصلي نادر كما هو الحال في التزاوج بين دسائس يختلف

بعضها عن بعض بكثير من الصفات .

٣ - ان نظرية الصبغيات لا تعمل لنا تبين الألوان في الطيور التي حصلنا عليها وان نظرية العوامل الكيميائية او الحماض اقرب من الاولى الى الصواب قياساً على ما يشاهد في تبين مظاهر القتامين .

٤ - ان اللون الأسود واللون الابيض هما صفتان اساسيتان في اكثر انواع الحيوان وتكون كل منهما غالبية نادرة ومقلوبة طوراً . واما الالوان المتوسطة بينهما او الناتجة من تراكيهما فكثيرة ولا يجوز حشرها لا في زمرة الصفات الغالبة ولا المقلوبة لانها صفات عارضة ولكنها قد تكون مستمرة .

الناقطة :

الطبيب حسني سبوح : ان الملاحظة التي ابدتها على اختبارات الزميل الفاضل هي ان الاجناس المتقاة للاختبار لا يحتمل ان تكون من الاجناس الصرفة لان القوانين الجارزي حكمها في الوراثة والمبينة على اختبارات دامت عشرات من السنين لا يجوز قعنها بمثل هذه الاختبارات التي لا تعتمدى السنين . ولست اشك ان الطيور التي هجرت منذ الاختبارات طليقة قبله وكيف نعلم ما اذا لم يكن لون احد حدودها بلون احد الحفدة شأن الحال في الرجوع الى الاصل (atavisme) كما في مشاهدة دروين الذي شاهد ان في احد طيوره ريشة سوداء اسند لونها الى احد اجداده التسمين

الطبيب شوكة التلي : اعتقد ان الطيور التي انتخبها على نوعين منها الطيور البيض وهي طيور صرفة والطيور البنية وهي خليطة ولست اشك مطلقاً في

صفاء الطيور البيض لأن التناسل بينها وبين الطيور الأخرى ولد بعد عدة انسال طيوراً أيضاً وفي ذلك ما يكفي للقول بأن تلك الطيور كانت من عرق خالص لأن التخليط أدى إلى تزوجها إلى الأصل وإلى توليدها طيوراً أيضاً صرفة لا تنسل إلا طيوراً أيضاً وفي ذلك ما يكفي لإثبات نقاء عرقها . أما الطيور البنية فإنها خليطة لأن الزواج بينها وبين الطيور الصرفة فكك صفاتها فبدت بألوان مختلفة ولكنها لم تبدُ بلون الأب الأصلي في هذا ما يدل على أنها ليست إلا خلطاً .



كلمة تاريخية عن الشبه في الوراثة

والتأنيذ (أنا فيزم)

كنا نظن ان التأنيذ حدث عرفه علماء الغرب وقد اطلعنا في كتاب
التيان في اقسام القرآن للعلامة ابن قيم الجوزية المتوفى سنة ٧٥١ هجرية ما يبين
ان الفضل في اولية هذا البحث يرجع الى العرب فقد جاء في الصفحة ٣٣٠
من الكتاب المذكور ما يلي :

وايضاً فالمولود قد يشبه جداً ببيدأ من اجداده كما ثبت في الصحيح عن
النبي صلى الله عليه وسلم : ان رجلاً سأله ، فقال : ان امرأتى ولدت غلاماً
اسود : قل اهل لك من ابل ؟ قال : نعم . قال (فما الوانها ؟) قال : سود
قال (هل فيها من أودق ؟) قال : نعم . قال : (فأتى له ذلك) قال : عسى
ان يكون نزع عرق . قال (وهذا عن التلام ، عسى ان يكون نزع عرق)
وجاء في الصفحة ٣٣٤ عن النزوع الى الاصل واما شبه المولود بالجد البعيد
من اجداده فلان ذلك الشبه البعيد لم يزل يتقل في الاصلاب حتى استقر
في صورة الولد ، وبها حصل الشبه .

لقد اثبتنا هذه الكلمة لرد الفضل الى ذويه ايضاحاً للحقيقة وخدمة
لتاريخ العلم .

حادثة هرعية عقب شفع ناجم عن شلل العصب

الاشتياق المصعب للعضلة المنحرفة الكبيرة للعين اليسرى

للطيم مدوح الصباغ

راجعتي المرأة ج. ك. في ٦ حزيران سنة ٩٣٧ وقد ارسلها اليّ الزميل
القاضل الدكتور شارل لمعالجة تشوش في بصرها .

الاستجواب : تبين أنها في العقد الرابع من عمرها . تفيد أنها قبل مراجعتي
ببضعة ايام زلت قدمها فسقطت من اعلى السلم واصيبت بصدمة على رأسها
عقبها تشوش البصر فلم تعد تميز شكل الاشياء بصورة جلية واضحة .

فحص العينين : لم يشاهد عرض ظاهر يذكر يدل على منشأ تشوش
البصر وقمر العينين سالم ايضاً .

ولما سألت المريضة اغلاق عينيها مناوبة لتمييز القدرة البصرية في كل
منهما على حدة زال تشوش الرؤية . ووجدت القدرة البصرية في كلتا العينين
طبيعية وكان تشوش الرؤية يعود حينما كانت تفتح كلتا عينيها .

فاصابتها بالرض وتشوش بصرها بعده ساقاني الى التفكير في احدى
المضلات العينية مع انها لا تشكو شغماً (diplopie) ولا انحرافاً (déviation)
ظاهراً في وضع القلّتين كما هو الحال في فلوج عضلات العين الخفيفة الدرجة
فحسرت الشفع فوجدته متجانساً .

(diplopie homonyme) يظهر في الجمبة السفلى . فتنها اتضح لي انها مصابة بفالج رضي للزوج الرابع المعصب للمعضلة المنحرفة الكبيرة للمين اليسرى . فاوصيتها باستعمال مركبات يودور البوتاسيوم .

وبعد مرور خمسة عشر يوماً على هذه المعالجة افادت ان تشوش الرؤية لا يزال وانها تشتكي علاوة عليه دواراً وغثياناً ونوب هرع تتابها مرة او مرتين في اليوم فمزوت كل هذا الى تشوش بصرها واوصيتها باستعمال نظارات بلورتها اليسرى مصقولة كما اني وصفت لها القاريا لا .

وبعد ان استعملت النظارات زال الدوار والغثيان ونوب الهرع وشفيت المريضة شفاه تاماً .



معالجة كسر نادر في نهاية النقا السفلى

معالجة جراحية

للعلم شابو جراح التفتيات العسكرية

ترجها العلم جمال نادر

يقول العلم القائد بونه (Bonnet) الاستاذ في مستشفى فال دوغراس (Val-de-Grace) ، في جزء حديث من اجزاء (مجلة مصلحة الصحة العسكرية) ان الاستبدال (ostéo-synthèse) اخذ يتراجع في معالجة كسور العظام ولما كنت محافظاً على طرائق اساتذتي العسكريين بقيت مقتنعاً بنجاح طرائق التجميع (orthopédiques) غير اني اذا قدمت اليكم هذه الحادثة الآن فلان الكسر يستدعي المعالجة الجراحية

جندي سنغالي من فرقة المشاة دخل قسم الجراحة في ١٦ ايلول المنصرم لرض مرفقه الايسر الناجم عن سقوط على راحة اليد. المرفق جسيم ولا يتبدل ظاهر في شكله لان وذمة كدمية واسعة كانت تحيط بالمرفق ممتدة في الاعلى حتى الحفرة الابطية وفي الاسفل حتى منتصف الساعد . وكانت المسافة بين فوق، البكرة وفوق اللقمة متسعة وضغطها الجانبي مؤلماً جداً ، ونهاية النقا السفلى متحركة وبدون فرقة .

فالتقمتان الجراحتان الانسية والوحشية متحركتان من الامام الى الخلف

الامر الذي جعلني اشك في كسر بشكل التاء (T) الفرضية في نهاية النقا السفلى ولم تبد اضطرابات وعائية عصبية وعظما الساعد سليمان والاستلقاء غير مؤلم .

وقد عين الرسم الشعاعي التشخيص وابان علاوة على ماتقدم قطعة عظمية رابطة لم يبد لها الفحص السريري فنهاية العظم السفلى منكسرة كسراً كالصليب ، خطه الافقي ماراً بأعلى الخط السائر من فوق اللقمة الى فوق البكرة وخطه العمود متجه من الشفة الوحشية للبكرة ومتجه بحافة جيم العظم الانسية فوق الفاصل المفصلي بثمانية مستمترات وقد انقلبت اللقمة الوحشية حتى ان وجهها المفصلي اصبح فاضلاً الى الاسفل والانسي يد ان القطعة الرابعة العلوية الانسية كانت تصالب جسم العظم بانقلاب نهايتها العليا الى الوراء وكانت قاعدتها السفلى بعيدة عن الجسم زهاء سائتين وقد ثبت الكسر في الحال بحجيرة جيسية زاوية قائمة وبعد مضي ثمانية ايام اعني في ٢٤ ايلول اجريت التوسط الجراحي .

- (١) شق بشكل T بحسب طريقة ألاف .
- (٢) كشف الشريحة العلوية ودفنها وعزل العصب الزندي .
- (٣) قطع قاعدة التاء المرفقي بمشار جينلي
- (٤) افراغ الورم الدموي وتنظيف نهايات العظم .
- (٥) رد القطعتين السفليتين وتثبيتهما بمحوى (Vis)
- (٦) رد القطعتين العلويتين بصفيحة بارهام (Parham) وربطها بشعر فلورنسة
- (٧) رد الكسر المعرض وتثبيت اللقمة الوحشية بحجم العظم بمحوى .

مار تحت ما فوق اللقمة (éphicondyle) .

٨) خياطة الناقء المرفقي بشعر فلورنسة بفرز مجنازة العظم .

٩) ستر المصب الزندي

١٠) خياطة الجناحين المرفقين والغلاف الشامل بالحمشة (الكاتفوت)

١١) خياطة الجلد بشعر فلورنسة

١٢) ضماد ضاغط وتثبيت المرفق زاوية قائمة بمجهاز جبسي دائري

كانت عواقب العملية بسيطة واستطاع الجريح العودة الى عمله في ٩ تشرين الثاني . وقد استدعيته لأريكم اياه فالاندمال قام على ان المرفق لا يزال حاراً قليلاً ولكنه غير مؤلم .

لم يتسع المرفق الا سنتيمتراً واحداً ويتعدى المطف الزاوية القائمة وببادل البسط ١٦٠ والاستلقاء طيعمي . واذا كان ضمور عضلات المضد ببادل سنترين وضمور عضلات الساعد سنتيمتراً ونصف السنتيمتر فان هذه العضلات قد استعادت قوتها كما يتبين لكم من معاينة الجريح وليست خطوط الكسر ظاهرة في الرسم الشعاعي الاخير والدشبذ متوسط الحجم بالنسبة الى جالة الكسر القديمة .

وكان قد اقترح شومه وبوب (Chomet, Boppe) في مجلة الجراحة رد كسور النقا فوق اللقمتين رداً تجبيرياً واثارا الى حسن نتائجها غير ان الحادثة التي اقدمها لم يكن الرد التجبري فيها ممكناً لانقلاب القطعتين السفلية الوحشية والعلوية الانسية والاستحالة تقريب القطعتين السفليتين احدهما من الاخرى .

ولست اريد ان ابحث في فوائد الطريقتين ومحاذيرهما ولكنتي اكتفي
بالقول ان الرد الجراحي ردةً كاملة متقنة .

ويستدعي الاستبدال ذا استثنائنا بعض العوامل رداً تشريحياً كاملاً
وقد حدثت حذو اكثر الجراحين فلم استعمل صفاًح باوهام التي تخفق
العظم ولكنتي وجدتها حسنة جداً في الرد حتى اذا ماتم استعصت عنها في
الجلل بشر فلورنسة الذي ترون انطباعه في الرسم الاخير الجانبي وان
كراً واحداً يزعمني وهو ان المريض قد رفض اخراج ادوات الاستبدال
قبل خروجه من المستشفى وهو لا يزال مصراً على ذلك حتى اليوم .

ولست اعتقد ان محاذير تنشأ منها . مع ان تخلجل العظم يبدو في الرسم
النكهرني الامامي حول هذه الادوات وليست المحويات متعلقة البتة وقد
غرست جيداً في مكانها . فاذا اصبحت مزعجة او اذا اضطررنا الى مداواة
كهرية سهل استخراجها .



حادثة تمزق الرحم في أثناء المخاض

للعلم مير السادات

في الساعة الثامنة من مساء ٢٥ تشرين الثاني ١٩٣٨ دُعيت الى اتمام ولادة عسيرة بدأ المخاض فيها منذ صباح ذلك اليوم . السيدة ف . ص . لها من العمر ٤٠ سنة حامل للمرة السابعة عشرة ليس في سوابقها المرضية ما يستحق الذكر . لها من الاولاد الاربعة ٦ وتوفي لها ٧ واجهضت ثلاث مرات . في سوابقها الولادية تطبيق ملقط الجنين في الولادة الاخيرة السابقة على رأس في اسفل الحوض وقد قام بهذه العملية مولد معروف في دمشق . حملها هذا مرة بسلام بدون اي عارض يذكر . بدأ مخاضها من الصباح الباكر من ذلك اليوم بالآلام متزايدة وانبثق جيب المياه عفوياً حوالي الساعة الثانية بعد الظهر فدُعيت الى الجلوس على كرسي الولادة آتئذٍ واخذت القابلة يشاركها الجمع الذي يحيط بها من ذوي المرأة وجيرانها يحثونها على الضغط والجهد فما لبثت حتى احست بالآلم شديد في اسفل البطن وفي المراق اليسرى تصفه المريضة انه شبيه بطمئة الخنجر فتوقف طلقها وسكنت حركات الجنين دعي لها طبيب حوالي الساعة الرابعة فحقنها بمخاطة لا ادري نوعها وانصرف . وجدت الحامل حين هايتها على الحالة الآتية : النبض مسرع يعد ١٢٠ في الدقيقة . السماء لم اتينها جيداً لضعف النور في تلك الدار الفقيرة وقد كانت المرأة في غرفة صغيرة لا سرير فيها ولا اثاث مطروحة على فراش رقيق

في الارض. البطن متنفخ كثيراً ومتطبل، جسده موجع غير أني تمكنت على الرغم من كل هذا من الشعور بكتلة كبيرة صلبة كائنة في الناحية البني لاسفل البطن تمتد عالياً حتى حذاء السرة. وقد منعتني شدة الألم من تعيين طبيعتها، قلب الجنين غير مسوع، رأسه متداخل تداخلاً عميقاً وقريب من السجان في الوضع القفوي العائي. وضعت بضع وسادات صلبة الواحدة فوق الاخرى وجملت المرأة عليها وطبقت ملقط الجنين واخرجت بسهولة تامة طفلة مينة زنتها زهاء ٣٥٠٠ غرام وقد تدفقت كمية كبيرة من الدم الاسود بعد خروج الجنين من القرح يقدر وزنها بـ ٨٠٠ غرام فرغبت في ان اخرج المشيمة في الحال واستقصي باطن الرحم فادخلت يدي متبعا السرر واذا بها تجوز تمزقاً في الرحم بمحذاء الوجه الحلقى للعنق وتدخل جوف البطن ولم تدرك المشيمة الا بعد ان علت كثيراً ووصلت حتى وجه الكبد السفلى فالتقطتها وجرتها وتبين لي ان جسم الرحم متقنع وواقع في الناحية البني من اسفل البطن وان عنقها متقلص وان التمزق بمحذاء اتصال الوجه الحلقى من المهبل بعنق الرحم لا يقل طوله عن عشرة سانتيمترات. ساعدت حال المرأة بعد انتهاء عملية التوليد واستئصال المشيمة فاجريت لها الاسعافات السريعة الممكنة من منسحات قلبية ورافعات للضغط ونقلت الوالدة لقراشها بكل اعتناء واشترت على اهلها بنقلها للمستشفى ووجوب التوسط الجراحي فرفضوا رفضاً باتاً رغم ما يبته لهم من المحاذير والاختلاطات التي قد تنجم عن التأخير فاضطرت الى معالجتها طياً بوضع الثلج على البطن وعدت المريضة في اليوم الثاني ووجدتها احسن حالاً من اليوم السابق فوصفت لها الرويازول ولقاح دلبه

وحقتها منه يستمرين مكبين فقط خوفاً من شدة الصدمة القاحلة التي قد تضاف الى صدمتها الجراحية وثابت على حقنها بالمنشآت في اليومين الثاني والثالث واكملت لقاح دله في اليومين الثالث والخامس من الولادة فظلت الحرارة بين ٣٧.٥ و ٣٩ طيلة اسبوع وقد ظهرت بالجلس آثار النزف الباطن المجتمع في الناحية الحرقمية الانسية اليسرى واستعادت المريضة قواها تدريجياً وتم شفاؤها في اليوم الخامس عشر اذ تأكدت ان ثمة التمزق قد نذبت تماماً كما ظهر لي بالمس الهيلي الذي اجرته في ذلك اليوم للمرة الاولى بعد الولادة .

ارى ان هذه المشاهدة مفيدة للامور التالية :

١ - لأن الاسباب التي ينجم عنها تمزق الرحم عادة لم يكن في سوابق مريضتنا شيء منها فهي كما لا يخفى آفة كالرذوض او استعمال مقلصات الرحم في حالات التقفع او ضيق الحوض او الاعتلالات العسيرة او عمليات سابقة كالقيصرية العالية او تثقيب الرحم في اثناء التجريف او تطبيق ملقط الجنين ولم اجد في هذه المشاهدة شيئاً من كل ذلك سوى استعمال ملقط الجنين في الولادة السابقة وقد مضت تلك الولادة بدون عوارض تستلقت النظر ولا اظن انه قد حصل انثقاب او تمزق في ذلك الحين . حوضها طبيعي وحجم الوليد متوسط والاعتلان كذلك طبيعي فلا يبقى لدينا من سبب لهذا التمزق سوى الضغط والجهد الذي دُعيت المرأة الى اجرائه وقت الولادة وقد كانت الرحم على ما يرجح في ذلك الحين متقنعة وهي رحم ولودة تعب الاثر الذي افضى الى تمزقها ومثل هذه التمزقات نادرة جداً .

٢ - لأن التشخيص جاء متأخراً ولم اتأكد تمزق الرحم الا بعد خروج الجنين وذلك لان انحاء البطن جميعها كانت متنفخة ولانه كان شديد المضض ولم تكن الاعراض العامة سيئة لتستدعي النظر ولم يكن هناك اي سبب من اسباب التمزق مما دعاني الى عدم التفكير كثيراً في هذا الامر واما الاعراض التي ابدتها المرأة عمارى ذلك اليوم فلم اطلع عليها الا في اليوم الثاني .

٣ - لان المعالجة المملطة التي اقتصرت على التليج والتمشيات والبرويدون قد افضت الى نتيجة باهرة متظرة وانا مدينون بهذه المشاهدة لاهل المريضة الذين رفضوا التوسط الجراحي ولوانهم اذعنوا له لما كنت اجمت عن فتح البطن واستئصال الرحم ووقف النزف. وشفاء هذه المريضة من الامور النادرة لانها قد نجت من خطر النزف اولاً ومن التهاب الصفاق (البريطون) لذي كان ممكن الحدوث بمحتويات الرحم الملوثة او يدي التي دخلت جوف البطن ولم تكن طاهرة الطهارة الجراحية الكافية لانها كانت قد طهرت بالذلك بالكحول قبل اجراء الولادة ولم تطهر بشيء بعدها. غير ان هذه النتيجة الحسنة لا تشجعنا على اتباع مثل هذه المعالجة في تمزقات الرحم بل تبين لنا ان دفاع البدن قد يوق في بعض من الحالات كل تصود وتدعوا الى التوسط الجراحي منعاً للاخلاعات التي نجت منها هذه المريضة وقد لا تنجو منها سواها اذا اهمل امرها .

الناقشة :

العيم شارل : اتني اعزو التمزق في هذه الحادثة الى المجهود كما عزوتموه لان

الاسباب الاخرى الآلية لا اثر لها واذا ذكر حادثة من هذا النوع في فرنسا لم يكن سببها الا حث الولادة على الجهد بعد ان بدأ مخاضها وقبل ان يتسع عنق الرحم اتساعاً كافياً اما التشخيص فاعتقد ان الوصول اليه كان ممكناً قبل تطبيق ملقط الجنين لان الاعراض التي بدت في المرأة كانت كافية لاثباته : وقوف الطلق، سكون الجنين ، الالم كطعنة الحنجر . واما الموت في انشقاق الرحم قتل ان يكون النزف سببه لان الشريان الرحمي ولو انقطع مع انه قلما ينقطع ، لا ينزف لكونه ممطوطاً ولانقباض طبقيته الباطنة والوسطى وسدها لمعة الشريان . وقد اسعد الحظ مريضة فشفيت وليس الشفاء نادراً لان معدله كان في العهد السابق لعصر الطهارة بين ٥٠ و ٣٠ ٪ .

الطبيب شوكة الفتواني: ١- ذكر الزميل اسباب التمزق ولم يذكر سبباً مهماً ولا سيما في هذه المريضة الكثيرة الولادة وهو استئصال الياف العضلة الرحمية استئصال حبيبية شعبية تفغني الى انشقاق الرحم او تؤهلها له

٢ - من الثابت اليوم ان تمزق الرحم التام يستدعي التوسط الجراحي واستئصال الرحم المتمزقة . واهمال هذا التوسط يفضي الى الموت ، مع ان زميلنا يقول ان تمزق الرحم في مريضته لم يفض الى النتيجة المذكورة بل كانت المعالجة التي مماها الزميل بالمعالجة اللطيفة كافية للشفاء فبهذه المناسبة احب ان اعلل اسباب نجات المريضة من الموت في مشاهدة الزميل فأقول :

ان الموت في مثل هذه الحادثة ينجم عن سببين رئيسيين هما النزف او الاتان وسبب ثالث قد يكون بين عوامل الموت وهو الصدمة .

اما النزف فلا يقع في جميع تمزقات الرحم بل يختلف الامر فيه بحسب مقرها

ففي التمزقات التي تصيب الوجه الامامي او الخلفي على الخط المتوسط وهي المنطقة اللاوعائية لا يقع النزف واذا حدث فلا يمتدى بضعة سنتيمترات مكعبة وهي كمية لا تكفي لاجداث الموت بالنزف لاسيما اذا دفعت الرحم المتمزقة نحوها الى البطن او الى خارجه بمساعدة المولدفان الرحم المتمزقة تنقلص ويقف النزف وهي الآلية التي دعاها ينار ارقاه الدم الحلي وفي مشاهدة زميلنا وقع التمزق على الوجه الخلفي من جسم الرحم .

واما الاثنان فلم يقع لان الصفاق مقاومة خاصة في بعض الاحوال حتى في مايجشى اشد الحشية فيه من التهاب الصفاق ، واذ كر هنا على سبيل المثال انني كنت فحمت بطناً لاستئصال رحم امرأة مصابة باستسقاء البوقين فوضعت المريضة خطأ بين يدي علة آلات غير معقمة وقد انهيت عمليتي بهذه الآلات واندمل جرح المريضة بالمقصد الاول وشفيت دون ان تصاب بأقل اثنان ، وفي الجراحة امثلة كثيرة تثبت دفاع الصفاق على النحو المشابه لما ذكرت .

العلم مير السادات : ان التمزق قد عزوته الى الجهد فنحن متفقون عليه كل الاتفاق واما التشخيص فقد ذكرت في مشاهدي ان العلامات التي يتصف بها انشقاق الرحم لم تفصح بها الي المرأة ولا من حولها الا في اليوم الثاني وانني اقر ان معاية ادق ربما كانت كافية لتشخيص التمزق على الرغم من كتم تلك المعلومات غير ان وضعة المريضة في تلك الغرفة المظلمة وقعد الوسائط وضرورة السرعة في الاسعاف كل هذا قد حال دون الوصول الى هذا التشخيص . واما النزف فقد كان غزيراً لا يقل عن ٨٠٠ غم على الرغم

من وقوع التمزق في القسم المتوسط مع انه على ما اظن كان قليل الانحراف الى الجانب ايضاً وسوء حالة المريضة واسراع نبضها وضعفه الزائد دليل عليه لاتي لا اعتقد ان سوء حالتها كان ناجماً عن الصدمة فقط وليس من داع الى الصدمة في تطبيق ملقط الجنين الذين لم اصادف فيه اقل صعوبة .



معالجة التهاب المعى السلي باستهواء الصفاق

للطبيين حسي سيج وبشير المظمه

تقرر التي في مؤتمر القاهرة الطبي المنعزم

ان معالجة التهاب المعى السلي باستهواء البريتون (pneumopéritoine) ليست حديثة العهد ولعل (Moselio-Moohof) اول من تصدى اليها قبل ست واربعين سنة بحقته مقداراً من الهواء المعقم في جوف البريتون لطفل مصاب بالتهاب البريتون السلي بعد ان أفرغ الجوف مما يحويه من السائل المصلي الليفني وتم له الشفاء بعد خمسة اشهر . وتماقب بعده الاطباء في تطبيق هذه الطريقة في الالتهاب السلي للمعى والبريتون ، وتلت ذلك حقبة من الزمن طويت هذه الطريقة من بين الوسائل العلاجية لمثل هذا الاختلاط الوخيم . حتى ان الكتب المدرسية قل ما تلمح اليها وتأتي على ذكرها .

وبعود الفضل في السنين الاخيرة الى المدرسة الايطالية والى معهد (Carlo Forlanini) يبعث هذه الطريقة وتطبيقها الواسع لا في التهاب المعى السلي فحسب بل في غيره من الامراض التي لا تمت اليه بصلة مما يخرج عن نطاق موضوعنا هذا .

وبعد ان اطلعنا على اجاث المهد المذكور وما اقضت اليه هذه الطريقة من نتائج باهرة في مداواة التهاب المعى السلي الذي يقف الطبيب حياله مكتوف اليدين مرتبكاً ، وألم الحية يحز قلبه ، فيري عليه يذوب امام عينيه

ويهزل وتختور قوام يوماً عن يوم الى ان ينتزعه الموت وليس بحوزته من الوسائل ما يصح الاعتماد عليه والاستيق به .

وقد اتيح لنا بعد ذلك ان شاهدا في الاشهر الاخيرة ثلاثة حوادث لالتهاب المعى السلي عالجناها باستهواء البريتون فكانت النتيجة باهرة تشجعنا على المعنى بتطبيقها ونقلت انظار زملاء اليها لخلوها من كل خطر. ولنا بمقام الادعاء بان ناتي نوراً جديداً على استهواء البريتون في مثل هذه الحوادث الضئيلة بل ترك ذلك الى المستقبل والى آراء الزملاء الافاضل في هذا الشأن وخبرتهم .

واليك مشاهداتنا :

١ - ن . ج . شاب في العقد الثاني من العمر يشكي سعالاً جافاً قديماً واسهالاً وآلاماً بطنية ترجع الى قبل اربعة اشهر، فاعتراه من جراء ذلك نحول شديد ووهن عام وهو يبدي حمى مسائية تبلغ درجتها ٣٨,٤ يتلوها عرق غزير. اما الاعراض البطنية فكانت تبدو بالتناذر الزحاري (syndrome dysentérique) لم يكشف البحث المجهرى المجرى في برازه اي اثر لعامل الزحار، غير ان الفحص السريري والفحص الشعاعي اثبتا الآفة السلية الليفية في رئته اليسرى، كما ان البحث عن عصية كوخ في البراز بعد التجنيس قد اتى مثبتاً، وفي القشع وفي عصارة المعدة على الريق كان سليماً. اجرينا له حقن الاوكسيجين في البريتون بمقدار ٤٠٠ سم وكررتا الحقن بالهواء المصنّى بمقدار ٣٠٠ سم بفاصلة ثلاثة ايام على اربع مرات وبفاصلة اسبوع على خمس مرات فكانت النتيجة ان استعاد العليل ١٢ كيلواً من وزنه

في مدة شهرين وذاآأ الحمى المسائية تماماً مع تلك الاعراض الزحارية المزججة ، وقد غادر علينا المستشفى بعد ذلك ممناً بما وصلت اليه حاله من تحسن باهر ولم يوافقنا على متابعة المعالجة. وقد اخبرنا بأنه يتمتع بصحة مطردة التحسن .

٢ - ع. ح. سيدة تبلغ من العمر ٣٥ سنة استشفيت من نحول شديد اعترأها بلغ بها درجة الدنف (cachexie) يظهر الودمة في طرفيها السفليين وشحوب لحنها وخور قواها . وكان الاسهال ملازماً أياها منذ سنة متتالياً مع الامساك وانتفاخ البطن من حين لآخر ، وكانت الحالة على غاية من السوء . لم تكشف الفحوص المخبرية سبب الاسهال المزمن المذكور غير اننا انتهينا في استقراء سوابقها الاساسية الى ان زوجها مات مسلولاً قبل شهرين واذ في سوابقها الشخصية تكرار النزلات الصدرية . وكشف الفحص الشعاعي آفات منتشرة في الرئتين بحالة الكمون . لم نتردد حيال ذلك عن اسناد الاسهال الى التهاب الملى السلى فاجري استهواء البريتون على النمط المتقدم في المشاهدة السابقة واشركناه بحقق خلاصة الكبد لمكافئة قعر الدم البادي فيها ، فحسنآ الاعراض الغائمة وتبدلت سحنة العلية بدلاً سريعاً مستغرباً وهي لا تزال محافظة على ما وصلت اليه من تبدل حسن .

س. ق. شاب في العقد الثالث من عمره يشكو اعراضاً صدرية يصحبها نفث الدم ، واسهالاً يترتبه بعد الطعام ، اثبت الفحص الشعاعي والجراثومي اصابته بأفة متسعة في الرئة اليمنى في طور التكف مع بدء اصابة في الناحية تحت الترقوة اليسرى ، عولج الليل باستهواء الصدر (pneumo thoraxe)

في الجانب الايمن بنية معالجة آفة الرئوية اليمنى ، غير ان استهواء الصدر لم يكن ممكناً لتعذر انضغاط الكهف الذي يبلغ حجمه حجم البرتقالة ، ولما يحيط به من الارتشاح الشديد والاتصاقات الكثيرة التي كانت تربطه بالجدار ، فاجرينا له استهواء البريتون أملاً بتحسين حالته المعدية والرئوية معاً كما تراءى ذلك لبعض الباحثين الايطاليين ، غير ان التحسن الذي شاهدناه لم يكن بدرجة ما كان في المشاهدتين السالفتين ولم يشأ العليل متابعة المعالجة بعد ان ساوره اليأس من اخفاق استهواء صدره وبطنه وغاب عنا بدون ان نعلم عنه شيئاً .

سادتي الافاضل : لسنا كما قلنا في البدء مع هذه المشاهدات الضئيلة في موضع الجزم والتأكيد على نوعية هذه الطريقة القديمة الحديثة بل يخال الينا انه لمن الصواب ان نجرب وان يركن اليها في هذه العلة الويلة التي طالما نحقق في معالجتها بقية الوسائل المعروفة لدينا اخفاقاً مطلقاً ولا سيما وهي بسيطة التطبيق وخلو من كل محذور .



علاج السل غير الرئوي

بالاشعة المجهولة وبمختلف اشعة النور الكيميوي والراديو

للعلم فيليب شديق

محاضرة القيت بالقاهرة في المؤتمر الحادي عشر

للجمعية الطبية المصرية والمؤتمر العربي الثاني

حضرات الزملاء الافاضل :

بما انه ليس لدينا وسيلة علاجية ثابتة او بعبارة اصح مادة واحدة نستعملها في كل علاج لقتل جرثوم التدرن من غير ان نحدث في احيان كثيرة ضرراً في النسجة العضو التي يمش فيها الجرثوم وجب علينا استعمال طرق عديدة تختلف باختلاف نوع الحبل المصاب للتوصل الى قتل عصية كوخ . واذا قدر لنا هذا اي اذا اوقفنا الجرثوم عن عمله القتاك من غير ان نحدث تغييرات مرضية في العضو المصاب فاعما نكون قد فعلنا ذلك بطريقة معتقة . ولما لم يكن هناك مادة معينة او طريقة ثابتة تمكنتنا في كل مرة من عرقلة اعمال الجرثوم فقد اصبحت الطرق التي نصل بها الى الشفاء متعددة ومختلفة حتى في الاصابات المتشابهة اذ ان ما يفيد استعماله في احدى الاصابات يزيد الضرر في اصابة اخرى وانه من المبعث ان يقوم بالعلاج طبيب غير ملم بالاعراض السريرية او باستعمال الاشعة لان سير حوادث كهذه وهي في العلاج - كتقدمها نحو الشفاء او تأخرها من طريق اشتداد الاعراض - يتوقف على راعة الطبيب وادراكه للرض وحكمه على كيفية علاجه .

اتكلم الآن عن العلاج بالمواد الطبيعية اي الاشعة المجهولة والاشعة المحدودة والراديوم والاشعة فوق البنفسجي وتحت الاحمر وسأتكلم بإيجاز على بعض المواقف عن الترضيف (diathermothérapie) وعن علاج ماركوني بالاشعة القصيرة وفوق القصيرة .

اولاً : الاشعة المجهولة والاشعة المحدودة والراديوم : اتكلم على هذه العوامل العلاجية الثلاثة دفعة واحدة لأن نتيجة العلاج بها متماثلة كطبيعتها ، بشرط ان يكون الراديوم محبوراً في انبوبة من البلاتين تمنع خروج اشعة الفا وبثا وتسمح بمرور اشعة غاما المتموجة التي تشبه الاشعة المجهولة . نستعمل الراديوم في دائرة ضيقة تنحصر في سل الجلد والاغشية المخاطية . اما اشعة بوكي المحدودة فلها تأثير حيوي خاص بها فهي لا تحترق الانسجة اختراقاً عميقاً بل تضحل فيها بعد ان تحترق منها عمقاً غير غائص لا يزيد على المليمتر الواحد . اما الاشعة المجهولة فتعمل عليها في اكثر الاحيان . ومع ان نتيجة العلاج بهذه العوامل العلاجية الطبيعية متماثلة فان تأثيرها يختلف في الجرثوم وفي النسبة البؤرة الدرية وكذلك في مجموع اعضاء الجسم .

لا تموت عصية كوخ الا اذا تدنينا القياس العلاجي وهذا الامر يقع ضرراً بالمرض ويعتقد البعض ان الاشعة تحرق خيمرة دفاعية تذيب الجرثوم ويقول غيرهم ان التعرض للاشعة يقلل من سموم الجرثوم بينما يقول آخرون ان الاشعة تذيب غلاف العصية ويؤكد لنا باكمايستر وكوبفرلي ان العصية تبقى حية في النسجة البؤرة الدرية بعد شفاؤها وكذلك في دم الذين يكونون قد عرضوا انفسهم للعلاج بالاشعة المجهولة وتدل كل الدلائل على شفاؤهم .

اما تأثير الاشعة في انسجة البثور فمسا قويه اختلاف . ففهم من يقول انه يتوقف على شدة تأثير الاشعة في انسجة البثرة الوسطى ومنهم من يقول انه يتوقف على التفسير الذي يحدث في انسجتها الداخلية ولكن الجميع متفقون على ان مريض الانسجة للاشعة يقتل ما محتويه البثرة من اجسام بسيطة كالكريات البيض والخلايا القنفاوية على الاخص . اما البثور التي تكثر فيها الكريات الايشيلويدية كبثور السل الجلدي الحصري والحواسل العظمية الدرنية فلا تؤثر فيها الاشعة . وفي معرض الكلام على تأثير الاشعة في مجموع اعضاء الجسم يمكننا القول ان التحسن يبدو في الدورة الدموية حيث نرى اشتداداً في قوى الجسم الدفاعية كظهور المناعة النسبية الخاصة وظهور الخلايا الآكلة والاجسام المضادة والابسونين . واما الاضطرابات التي تحدث في الجهاز العصبي مصحوبة بالأم فانهما تحسن ويزول الالم بعد العلاج بالاشعة يمكننا تحسين حالة المريض بطريقة غير مباشرة ولو عرضنا اجزاء سليمة للاشعة المجهولة . فلو عرضنا لهذه الاشعة الطحال اضمحلت واختفت الكريات البيض . وبالعكس لو عرضنا الكبد فاز عددها يزداد . اما اذا عرضنا الجسم كله لجلسات اشعة قصيرة فانا نعيش شبكة بطانة الغشاء المخاطي الجلدية . ولذلك نقول ان العلاج بالاشعة المجهولة يؤثر تأثيراً غير مباشر في المعية اذ اهمـا توجد ارتكاساً في البثرة وجوارها وربما في الجسم جيمه حتى لو لم نمرض لها منه الا جزءاً صغيراً . وبما ان النتيجة تختلف بالطبع باختلاف الافراد المصابين وانواع اصاباتهم لذلك نستعمل جميع الطرق المواقفة ولا نتمد على طريقة واحدة للعلاج .

ثانياً : الاشعة فوق البنفسجي : اتكلم هنا على العلاج بالاشعة فوق البنفسجي تاركاً موضوع العلاج بالاستحتاذ - اي العلاج باشعة الشمس - الى وقت آخر . وعلى رغم اننا لا نصل بوسيلة العلاج البنفسجي الى النتائج الحاسمة التي نصل اليها احياناً بالاستحتاذ ، يبقى النوع الاول اي البنفسجي كما رسمه لنا فترن في السنة ١٩٠٠ باعتبار انه الطريقة المثلى . فهو يؤدي لنا في جميع حالات سل الجلد اكبر مساعدة لتنشيط الحالة العامة ضد المصية ورفع مستوى الكلس في الجسم وهذا ما زمي اليه دائماً في حالات السل . والاشعة فوق البنفسجي لها تأثيرها في المصية كالاشعة القصيرة وفي البور الدرنية وفي مجموع اعضاء الجسم . انما تأثيرها في المصية يتوقف على شرطين : الاول قرب الاشعة منه والثاني شغوف الموضع الذي يشتمل على الجرثوم . وهنا كثيراً ما تعترضنا صعوبتان : الاولى اختباء المصية في انمكسات الانسجة وجيوبها وامتصاص الافرازات لهذه الاشعة قبل ان تصل الى المصية والثانية : عدم احتمال المريض الجلسات الشديدة التي نرى عندئذ ان نلجأ اليها بحكم الاضطراب ، اما في الاصابات العميقة فلا يسعنا الالتجاء الى العلاج الموضعي بل نعلم اننا نلجأ الى تسليط الاشعة على اعضاء المريض بجملتها وايجاد ارتكاس عمومي في جسمه .

ان اصابات الذئبة السطحية تعد المثل الأعلى للشفاء بعلاج فترن فان الاشعة فوق البنفسجي تحدث في انسجتها المعتلة التهاباً ونحراً فتساقط هذه الانسجة وتحل محلها انسجة سليمة . فاصابة الذئبة تبقى احياناً حية تحت انسجتها السطحية حتى بعد شفاؤها . اما الاصابات العميقة فلو اردنا التأثير في انسجتها

السفلى عدنا الى تمرير الجزء المصاب او المريض كله او جزء سليم من المريض للاشعة مراراً . اما التسيج الحلوي فلا تؤثر فيه الاشعة .

يصعب علينا كثيراً تفسير شفاء اصابة عميقة بالارتكاس العمومي في الجسم بعد ان نكون قد عرضنا المريض - كله او جزءاً سليماً منه - للاشعة فوق البنفسجي وهناك من يقول ان ذلك يتم بواسطة مادة مخصوصة تظهر عندئذ في الجسم وتؤثر في البؤر الدرية . وقد تمكن بعض الاطباء من شفاء الذئبة بعد ان وضع غطاء اسود على الجزء المصاب وعرض ما بقي من الجسم لهذه الاشعة . فن هنا يتبين لنا كيف ان الجلد يلعب دوراً كبيراً في نقل فائدة الاشعة الحيوية الى الجواز العصبي والدم واعضاء الجسم الداخلية وكيف ان الكلس والقوسفور يتكاثران فجأة في الدم عند ما يبدو الجلد حمراً بتأثير الاشعة . واذا انتقلت هنية من موضوع علاج قترن اي العلاج بالاشعة فوق البنفسجي الى موضوع علاج روليه أي العلاج بالاستحذاء ، أقول حينئذ ان اصطباغ الجلد بالحرارة له أثره العظيم في حالات السل غير الرئوي المختلفة وعلى الاخص الجراحية منها فهو يوجد ويحرك القوى الكامنة في الجسم . وحرارة الجلد تحول الاشعة فوق البنفسجي التي لا تخترق الجلد الا قليلاً الى اشعة طويلة تؤثر في الاعضاء الداخلية .

ثالثاً : الاشعة تحت الاحمر او الحرارة المنعثة : كل جسم يحترق احتراقاً شديداً يخرج من نفسه اشعة حرارة قوية تحتوي على اشعة تحت الاحمر وتعمل عملاً يختلف عن عمل الاشعة فوق البنفسجي اي انه على رغم امتصاص الدم والسائل المحيط بكرات الجسم والابرازات المرضية لقسم كبير منها فهي

تخترق الجسم بشدة أكثر . والاشعة تحت الاحمر تحدث تمعدداً في الشرايين والاوردة السطحية والعميقة اي احتقاناً وتسبب ازدياد القوى الحيوية في الانسجة لامتناس التغذية والافراز وظهور الاضداد والجلوتينين وتشيت شمل السموم . ونستعملها بكثرة كساعِدٍ لعلاجات اخرى كالعلاج بالاشعة المجهولة في اصابات الذئبة مثلاً عند ما يصحب الإصابة التهاب وتورم فتسكن الألم وتساعد على اقفال الشقوق والجاري في الانسجة المتلة . ونظراً لتأثيرها الحسن في الاغشية المصليّة نستعملها في الالتهابات المفصلية . وهذه الحرارة المشعة الحمراء لا توقف الاحساسية في الجسم اي انها لاتحدث ارتكاساً في جسم المريض لذلك نستعملها بكثرة في اثناء العلاج بالاشعة فوق البنفسجي والاشعة المجهولة او الراديوم لتحول دون ظهور القروح الجلدية او تشفى ما يوجد منها . ويستحسن اذا استعمال العلاجين في آن واحد .

اتكلم الآن على الطرق العلاجية :

اولاً: بالاشعة المجهولة : لا اتكلم هنا على طبيعة الاشعة او طريقة استنباطها او الآلة التي نعالج بها او طرق الترشيح او مقياس الكمية العلاجية ، بل اتكلم على بعض نقط لها علاقة بعلاج السل بهذه الاشعة واقسم العلاج الى ثلاثة انواع :

اولاً : تسليط الاشعة على البويرة الدرنية . ثانياً : تسليطها على جزء آخر سليم بعيد عنها . ثالثاً : تسليطها على كل الجسم . وبما ان موضوع تسليط الاشعة على البويرة هو الأهم وجب علينا الانتباه من جهة الى المساحات الجلدية المتلة ومواقعها المختلفة وعدد البوئر الموجودة فيها وطريقة توزيع الاشعة

فوق انسجتها . ومن جهة اخرى ينبغي لنا الانتباه لكمية الاشعة ولمدد الجلسات ومدة كل منها . وقد علمنا الاختبار ان علاج الاغشية المخاطية كالتي هي في داخل الأنف او ملتصقة العين لا يضطرنا الى تعليق اهمية كبرى على انتقاء المواقع لتسليط الأشعة على الجسم بينما ان تسليط الاشعة في علاج العظام والمفاصل هو بعكس ذلك . اي ان تصويب الاشعة نحو المحل المطلوب شفاؤه على جانب عظيم من الاهمية . وانما بالاجمال يبقى امر توزيع كمية الاشعة المجهولة بطريقة دقيقة على المواقع التي نريد شفاؤها قليل الاهمية في علاج اصابات السل غير الرئوي . ونستعمل طرقاً خاصة لعلاج الاعضاء الباطنية العميقة . وهذه الطرق تختلف باختلاف عمقها وفي علاج الرقبة والمفاصل وغيرها تختلف باختلاف شكلها وتكوين مساحتها . اما الجلسات وتكرارها فلا نشدد فيها او نكثر منها كما تفعل في علاج الاورام الحبيثة بل نعرض لها المريض بجلسات خفيفة ومتفرقة . وليس هناك قاعدة عمومية نطبقها على جميع الاصابات بل على الطبيب ان يتلص طريقه وهو يعالج المريض وخير للطبيب ان لا يعالج بشدة .

استعمل الاستاذ مانوكين طريقة العلاج بتسليط الاشعة على الضغن وحصل فيما عدا السل السحائي على فائدة في جميع الانواع الاخرى حتى في السل الرئوي وهو يقول : « بما ان اصابات السل المزمنة والحديثة غالباً ما يكون لها علاقة بانحلال كريات الدم البيض فتسليطنا الاشعة على الطحال يسبب هذا الانحلال ويستعجل الشفاء والافضل ان نستعمل لذلك اشعة حرشعة ومعتدلة الشدة . ولا تزيد الجلسات على خمس عشرة جلسة ، مرة في

الاسبوع . ثم نعود الى العلاج بعد ان نريح المريض عدة اسابيع . واذا لم نحصل على فائدة من هذا العلاج فلا نكون ألحقنا ضرراً بالمريض .

اما تسليط الاشعة على كل الجسم في علاج السل الرئوي وغير الرئوي فقد حبذه الكثيرون منذ السنة ١٩٢٥ . قال ماراغليانو « ان الاشعة المجهولة تعمل عملاً لا تقدر عليه اشعة الشمس او الاشعة فوق البنفسجية وعلى الاخص في علاج الجلد لان الاشعة البنفسجية تقف عند الطبقة الاولى من الجلد والاشعة الحمر وتحت الاحمر تخترق الجلد بشدة اكثر . اما الاشعة المجهولة فتدخل أعمق طبقات الجلد وما تحت الجلد وتصل الى الاعضاء العميقة وتعمل فعلاً مفيداً فتقي الجسم امراض معدية عديدة » وكما يقول ايضاً : « نحصل بتسليطنا الاشعة المجهولة على الجلد على نتائج حسنة عديدة في مقاومة المرض وشفائه ويستحسن استعمال الاشعة اللينة ليمتصها الجلد وكذلك يحسن بنا تقصير الجلسات لتمكن من اعادة العلاج . ونسلط الاشعة عادة على احد المواضع الآتية : الصدر والبطن - الظهر والسلسلة الفقرية - الجهة الامامية من الطرفين السفليين - الجهة الخلفية منهما . » ولا نسلطها على الاعضاء التناسلية السليمة سواء أكان المريض ذكراً أو أنثى وبالطبع تختلف المسافة والشدة والمدة .

لقد استعمل بعض الاعطباء هذا العلاج لمكافحة السل الرئوي في المريض ويقول آخرون انهم حصلوا على نتائج حسنة ولكن لا يمكنهم ان يؤكدوا لنا أكان التحسين الذي وصلوا اليه نتيجة استعمال هذه الاشعة او نتيجة علاجات اخرى ويجذب البعض الآن العلاج بالاشعة المجهولة بدلاً من اشعة

النور الكيميوي في جميع حالات السل التي تستدعي تسليط اشعة النور على جسم المريض .

بانياً : الطرق العلاجية بالأشعة فوق البنفسجي تتوقف الجلسات التي نعرض المريض لها على نوع الجهاز الذي نستعمله وبعده عن الجلد ومدة العلاج ومقدرة الطبيب . ففي الجلسات القصيرة التي تلجأ اليها لتقوية جسم المريض باستعمال فانوس ثاني او كسيد السليكون البلور (quartz lamp) بقوة ٨٠٠ فولت و٤ امبيرات يمكننا تعريض المريض لهذه الاشعة كل يومين مرة حيث نبدأ بمسافة ٩٠ سنتيمتراً وننتهي بـ ٦٠ ونبدأ بدقيقتين على الظهر وعلى البطن ونطيل الجلسة الواحدة دقيقتين الى ان نصل في سادس جلسة الى عشر دقائق على كل جهة وفي الجلسة العاشرة نصل الى مسافة ستين سنتيمتراً ونعرض المريض على هذا المنوال بعد ذلك خمس مرات بحيث يكون المجموع خمس عشرة جلسة . ولا ننقل عن ملاحظة حالة المريض طول مدة العلاج وعلى الاخص اذا كان المريض كبيراً في السن او مصاباً بمرض الغدة الدرقية . وفي حوادث السل غير الرئوي المصحوبة بسل رئوي يجب الانتباه لحرارة المرض بحيث لا نعرضه لجلسات شديدة . وإذا استعملنا القانوس القوسي (arc lamp) بدلاً من فانوس ثاني او كسيد السليكون البلور امكننا تقريب المسافة ٦٠ سنتيمتراً في بادىء العلاج وتقصيرها الى ٤٠ سنتيمتراً في آخره لان القانوس القوسي اقل تأثيراً في الجلد من فانوس السليكون البلور .

ثالثاً : الطرق العلاجية بالحرارة المثة او الاشعة تحت الاحمر : اتكلم هنا على

علاج سطحي ينبغي ان لا يتعدى ربع مسطح الجسم كله . ويمكننا تمرير المريض بجلوسات تختلف بين ساعة وساعة ونصف منذ البدء بالعلاج وتتوقف المسافة بين المريض والاشعة على شدة الحرارة التي يحس بها المريض . ولا يمكننا معالجة الاطفال بشدة كالبالغين ولا المرأة الشقراء كالمرأة السمراء الا اذا وضعنا دهناً او قاشاً شفافاً رطباً على الجلد او جلوسا القانوس بعيداً . ويمكننا معالجة المريض يومياً او كل يومين مرة واحدة واستعمال الحرارة المشعة والاشعة فوق البنفسجي .

اما العلاج بالاشعة المختلفة كالاشعة المجهولة والاشعة فوق البنفسجي والحرارة المشعة بالتناوب علاجاً واحداً فهو خطة علاجية مشكورة اذ تمكن من الوصول الى افضل الطرائق وانجمعها حتى في الحالات التي يكون قد تعذر علينا شفاؤها بطريقة علاجية واحدة فضلاً عن ان الجلوسات تصبح قصيرة ومن الاطباء من زاد على هذه العلاجات الثلاثة اشعة الشمس في الهواء الطلق وفي بعض الحالات المرضية كالذئبة مثلاً استعمالنا طرقاً جراحية كالاستئصال او الكحت او الترضيف قبل تمرير المريض لها ، ونستعمل الادريالين لمنع الدورة الدموية من الهبوط تحت تأثير الاشعة ونعطي المريض اليود والكلس بالتم او بالحقن . وندخل في جسمه الذهب والفضة حتى التحاس ايضاً بدلاً من الزئبق وذلك بالتشريد (ionisation) لنحدث فيه ارتكاساً وحساسية وقد ساعدت هذه المعادن كثيرين من الاطباء على شفاء حوادث عديدة من مرض الذئبة وتورم غدد العنق والابط و سل الخنجره والمفاصل والصفاق (البريطون) والبرنج والمتحمة . اما في سل المثانة فانتسا

ندخل فيها حلول الفضة المسمى (كولا رغول) قبل ان نسلط التيار الكهربائي الغلفاني عليها .

وقبل ان اقل هذا الباب من محاضرتي اليوم اود ان اقول ان علاج السل وخصوصاً غير الرئوي بالمواد الطبيعية التي ذكرتها هو فرع قائم بذاته يتطلب عدداً ومعرفة واختباراً وعلى الاطباء المومنين غير المتمرنين ان لا يقدموا عليه بل ان يتركوه للاطباء في الماهد المتخصصة بذلك . فان شفاء المريض واحياناً حياته او موته يتوقف على ادراك الطبيب لما يجب اتباعه من الطرق العلاجية المفيدة . ولما كان لكل نوع من اصابات السل علاج مخصوص به فارى ان اتكلم فيما يلي على الاصابات التي تختلف باختلاف مواضعها وشكلها التشريحي والسريري وعلى طرق علاجها المختلفة مشيراً الى بعض النتائج التي نصل اليها .

(١) - سل اللسان : سل اللسان اصابة غير اولية بل متفرعة من اصابة رئوية عاملة لذلك يحتم علينا معالجة الرئة اي السبب الاصلي مع معالجة اصابة اللسان الموضعية والاصابة تشمل رأس اللسان وطرفيه واكته وهذه كلها نعالجها بالاشعة القصيرة بحيث تكون معتدلة الشدة ومرتشحة قليلاً .

(٢) - سل الحنجرة : هذه الاصابة لا تقل خطورة واهمية عن اي نوع من الاصابات الاخرى في الحنجرة ذلك لملاقة هذه الاصابة بالسل الرئوي ونظراً الى الألم الذي تسببه للمريض عند الازدرداد . والخطر من انتشار المرض -- وهو الخطر الذي يتعرض له المريض بعد العلاج الجراحي كالكمحت او الكي باليسم او خزع الرغامى -- يحلنا على العلاج بالاشعة

المجولة والنور الكيميائي مع ملاحظة حالة الرثتين في كل وقت . اما العلاج بالراديوم فلا يؤدي في سل الحجرة الى فائدة كبيرة .

٣ - الورم التنفائي النقي : من المعلوم ان الاشعة المجولة هي العلاج الحقيقي للاورام التنفاوية في النقي وان الاتجاه الى العلاج بالاشعة فوق البنفسجي في الحالات الجراحية يساعد كثيراً على الشفاء . فيجب علينا أولاً ان نتحقق نوع هذه الاورام والا نعدّها اوزاماً خبيثة تستدعي علاجاً يختلف عنها كثيراً كسرطان الغدد التنفاوية التي تخلط بينها وبين التهابات ناشئة عن مرض في اللوزتين او عن تورم في مجاري النفس العليا . وتورم الغدد التنفاوية خمسة انواع :

اولاً : الشكل التنفائي الحب : وهو لين ويشفى سريعاً . بعد العلاج بالاشعة المجولة .

ثانياً : الشكل التنفائي الحب الندي : ويتطور من الشكل الحب وهو صلب شديد قاس ولا يذوب كله بعد العلاج بالاشعة بل يترك كتلاً صغيرة مبعثرة لا تسبب الماء .

ثالثاً : الشكل التنفائي الندي : الذي لا يشفى بعد العلاج بالاشعة ، رابعاً : الشكل التنفائي الصديدي التجين : ويصعبه في الغالب ناسور ويشفى ببطء .

خامساً : الشكل التنفائي الندي الصديدي التجين : الذي يصعب جداً تمييزه عن الشكل التنفائي الندي ولا يشفيه العلاج بالاشعة المجولة بسهولة لذلك نضطر غالباً الى تغيير طريقة العلاج . وفي الحالات الندية او التي

يصحبها ناسور نبدأ بالاستئصال او الكحت ثم ننتهي بالاشعة المجهولة والبنفسجية والحمر . اما الحالات التي لا تشفى باي نوع من الاشعة فنستعمل الراديوم لمعالجتها ويجب ان نعالج مصدر المرض في تلك الحالات التي تنفرع منها الاصابة وان نكثر من تغذية المريض وان لا نضع ملحاً في طعامه وان نصفيه الراحة والحلقن بالذهب والادوية المناسبة .

(٢) — ورم غدد الرغامى والغدد الرغامية القصية : توصل البض الى نتائج حسنة بمرريض المريض مرتين في الاسبوع للاشعة المجهولة مقترنة بالاشعة فوق البنفسجية ثم التوقف عن ذلك مدة اربعة اسابيع بعد الجلسة الرابعة .

• — التورم اللغواوي الماساريقي الدرني : نعالجه بالاشعة المجهولة على البطن وعلى الظهر ايضاً . ونفعل ذلك اربع مرات او خمسا في مدة لا تتجاوز شهرين يوماً . ثم نمود الى العلاج بعد اربعة اسابيع او ستة او ثمانية ونقرن هذا العلاج باشعة النور الكيماوي بتسليطها على جسم المريض جميعه او على جزء منه .

٦ — اما الالتهاب الصفاقي الدرني فاصابة تمكن من شفاؤها اكثر من غيرها بالاشعة المجهولة بشرط ان لا يتولى معالجة المريض طبيب غير اختصاصي والالتهاب الصفاقي يكون احياناً متفرعاً من اصابة اخرى قريبة او بعيدة في الجسم ويتوقف على شفاء الاصابة الاولى الشفاء النهائي في الصفاق . ولا نستغرب اذا ما تمعذر على الطبيب الوصول الى تشخيص المرض قبل فتح بطن المريض اعتقاداً منه ان في الزائدة الدودية اعتلالاً . فلو عمدنا الى فتح بطن مريض مصاب بالاسقمقاء بدلاً من بزل السائل ثم عالجناه بالاشعة المجهولة والنور الكيماوي او عالجنا بهذه الاشعة من يكون مصاباً بالنصاقات

ندية بغير استسقاء لاسدينا للاثنين خدمة جليلة ودفعنا بهما الى اقصى ما يستطيع هذا الفن ان يعطينا من افضل النتائج وانجحها . ويجبذ « دوفستل » استعمال الاشعة فوق البنفسجي دائماً في اثناء العمليات على الصفاق الدرني ويفضل اجراء هذه العمليات في الايام المشمسة . ويجب في الحالات المصحوبة بفقر دم شديد الا تفعل عن استعمال اشعة النور الكيماوي فهي تساعد كثيراً على شفاء المريض . اما طريقة علاج المريض الفنية بالاشعة المجبولة فتختلف كثيراً باختلاف الحالات . فمنهم من يجبذ علاج اجزاء محدودة وابتعاد ارتكاس في جسم المريض بدلاً من تسليط الاشعة عليه كله والتأثير في كل الاعضاء الباطنة . اما النور الكيماوي فنبداً بتسليطه على الجسم جميعه بالقانوس القوسي او بثاني او كسيد السليكون المبلور مستعملين الواحد بعد الآخر فنجري للمريض من اثنتي عشرة جلسة الى خمس عشرة جلسة ثلاث مرات في الاسبوع . اما الاشعة تحت الاحمر فيمكننا تعريض المريض لها مدة ساعة او ساعة ونصف ساعة بالتناوب مع الاشعة فوق البنفسجي ، واحمرار الجلد هو الذي يدلنا على تأثير العلاج في المريض .

ان العلاج الكهربائي بالمواد الطبيعية المذكورة ينشأ عنه امتصاص السائل في البطن وذوبان الكوام الانسجة المريضة المتراكمة وشفاء الناسور الدرني حتى اذا كان هذا الناسور متصلاً بالامعاء . اذن لا نتجىء الى العمليات الجراحية الا اذا كانت الالتصاقات قد ضيقت الامعاء ، وعلى العموم تحسن صحة المريض وتعود اليه الشهية ويزيد وزنه وتراخي الامعاء ويزول الامساك واذا سئلنا عن شفاء المريض وصحته في المستقبل فيجب الا نسرع باعطاء

الجواب وان لا نو كد شيئاً قبل مرور ستة اشهر على العلاج اذ ان الداء قد يعود الى الظهور في السنتين الاولتين. وفي كل الاحوال يتوقف مستقبل المريض على حالة الرئتين وخلوهما من التدرون .

(٧) اما سلا اسماء فيقسم الى ثلاثة اقسام ١ - القفائفي الاعوري ٢ - المتبعثر ٣ - المستقيمي الشرجي . ففي النوع الاول نلجأ عادة الى عملية فتح البطن قبل ان نمرض المريض بالاشعة . وفي المتبعثر نحصل على نتائج لا بأس بها اذا كانت الاعراض الرئوية غير شديدة وفي المستقيمي الشرجي نصل الى اقبال الناسور بشرط ان لا يكون العظم المجاور متلاً ، وفي كل هذه الحالات نقرن الاشعة المجهولة باشعة النور الكيماوي وبذلك نحصل على احسن النتائج الممكنة .

(٨) سل الكلى : علاجه الاساسي الجراحة والتانوي المواد الطبيعية . اما في الاحوال التي تستدعي استئصال الكلى فيمكننا تجربة العلاج بالاشعة المجهولة اولاً ولكن حذار من ضياع الوقت بالعلاج بالاشعة باعتبار انها الطريقة المثلى لشفاء المريض .

نعالج بالاشعة اصابات الكليتين وما يتفرع منها وبعد استئصال الكلية المريضة كظهور الناسور مثلاً فيها اما في التهابات الكلى الصديدية أو المصحوبة باعراض رئوية شديدة فيجب ان نمتنع عن استعمال الاشعة المجهولة ونعالج الاصابات العميقة بالاشعة الشديدة والسطحية بالاشعة اللينة وذلك على الظهر او على البطن وربما على الجنب ونشفع الاشعة المجهولة بالنور الكيماوي كما تفعل في الحالات الاخرى . ولكن نتائج هذا العلاج تبقى

على رغم التحسين الذي يحدثه في المريض مبهمة وغير مضمونة .

(٩) سل الكظر (غدة ما فوق الكلّي) : ان استعمال الاشعة المجهولة اعطى بعض الاطباء نتيجة لا بأس بها في علاج مرض اديسون في حين ان النتيجة جاءت على يد البعض الآخر سلبية وادت الى موت المريض بعد العلاج . وقد ادى بنا البحث الى الاستنتاج الآتي :

وهو انه في السل والاورام الحبيثة لا بأس باستعمال الاشعة المجهولة اما في ضمور الكظر الذي يسبب مرض اديسون فالعلاج بهذه الاشعة يكون احياناً مميتاً .

١٠ - سل المثانة : هنا نحصل على نتائج حسنة وعلى الاخص في الاصابات المتفرعة من الكلّي اذا كان قد ادى العلاج الى استئصالها . ونعالج المريض فوق العانة بعد ان نغسل المثانة بالكولوغول ونزف هذا العلاج باشعة النور الكيماوي ذات الموجات القصيرة .

١١ - سل الاعضاء التناسلية الاثوية : في هذا النوع من السل تبلغ اصابات بوق فلوب ٨٥٪ / وصابات الرحم ١١٪ / وصابات بوق فلوب والرحم معاً من ٥٠ - ٧٠٪ / من مجموع الصابات . ويصعب جداً تشخيص هذه الحالات ويجب ان لا يقدم عليه الا الطبيب الاختصاصي .

نبدأ العلاج بالاشعة المجهولة واذا كانت الرحم مصابة نقرن الاشعة بالراديوم وذلك بالتناوب مع اشعة النور الكيماوي . واحياناً نلجأ الى الجراحة وعلى الاخص في الحالات التي يصحبها تجمع مادة صديدية في رتج دوغلاس ولا نمتنع عادة عن علاج الحالات التي فيها حمى لان الحرارة تهبط بعد

العلاج بالاشعة . ويجب ان لا ننهم بما تحدثه الاشعة المجهولة من تعقيم الاعضاء التناسلية اذ ان هذا التعقيم يكون قد سببه المرض قبل الاشعة .

سل الاعضاء التناسلية في الذكر يختلف الاختصاصيون على طريقة علاج البرنخ فثمة من يحد استئصاله . ثم تمرىض الخصية والحبل المنوي للاشعة . ومنهم من يعمد الى العلاج بالاشعة فقط وعلى الاخص في اصابات الجهتين والموتة اي البروستاتة . وفي هذه الاصابة تقرر العلاج بالاشعة المجهولة بالاشعة القوس الفعمية وثاني اوكسيد السليكون المبلور وحيثاً بالاشعة ذات الموجات القصيرة

١٣ - سل المفاصل: باب على جانب عظيم من الخطورة . يلعب دوراً في التجبير ويتعلق بالعلاج بالمواد الطبيعية على العموم وعلى الاخص بالاشعة المجهولة .

والاصابات التي يفضل علاجها بالاشعة المجهولة هي الشوك المتفوخ (spina ventosa) وسل المفاصل الاسفنجية والتهابات الاغشية الزلالية فلا خير يرجى من علاجها بهذه الاشعة . ومع ذلك يجب ان لا تترك ما يظهر لنا صعب الشفاء منها كالصوبة بناسور مثلاً ويجب التروي في حكمنا على طريقة العلاج وحيثاً نشفع الاشعة بالجراحة لتقصير مدة العلاج اذا رأينا ذلك ملائماً .

ان اصابات سل العظم المنتشر والحويصلي (cystiforme) والاصابات الجديدة التي تميل الى التجبير لا نعالجها بالاشعة المجهولة لان تمرىضها بالاشعة يحدث فيها تلفاً يضطرنا احياناً الى بتر المعضو المصاب . ومما يجدر بالذكر في هذا المقام ان عمر المريض له شأنه في نتيجة العلاج بالاشعة . فحديثو السن

يقدمون بسرعة نحو الشفاء . وفي معالجتهم يحسن بنا على الخصوص استعمال الفانوس القوسي او ثنائي اوكسيد السليكون المبلور لان هذه الاشعة اذا استعملت بالتناوب مع الاشعة المجهولة او اشعة الشمس تنهض بصحتهم وتساعد على تثبيت الكلس في اجسامهم . اما الاشعة تحت الاحمر فنستعملها في التهابات العظام البسيطة . ومع ان الترضيف لم يعطنا اية نتيجة حسنة نجد ان علاج ماركوني ذا الموجات القصيرة يأتي بفائدة كبيرة . وهنا لا بد لنا من ان نوجه الانتظار الى هذا الامر وهو ان العلاج باشعة الشمس وعلى الاخص على شواطئ البحار انجح من العلاج بالاشعة الكيماوية الاصطناعية التي نلجأ اليها غالباً لاسباب عملية واقتصادية ولسهولة استعمالها في كل وقت وفي كل محل .

سل الجلد : يمكننا ان نمالج بنجاح بالاشعة المجهولة اي نوع من سل الجلد وقد اسست بعض البلدان الاوربية معاهد لذلك على مثال ما اسس منها لعلاج السل الرئوي والسرطان . ومن الخطأ ان يقوم بملاج سل الجلد بالاشعة اطباء غير اختصاصيين لان الطبيب اذا لم يكن ملماً بهذا الفن المأمناً تماماً يمرض المريض لاشتداد وطأة المرض عليه وزيادة التشويه . والافضل ان يشترك في هذا العلاج اختصاصي الامراض الجلدية واختصاصي بالاشعة ان علاج مرض الذئبة باشعة النور الكيماوي طريقة قديمة يحبذها الكثيرون اما اليوم فنرى الاطباء من يعالج هذا المرض بالاشعة المجهولة مع اشعة النور وحياتاً بالكيمياء الكهربي وهو مفضل في نظر بعضهم على القطع او الكحت . يستعمل البعض الآخر الاشعة المحدودة . ولكن هناك اجماعاً

على ان علاج مرض الذئبة لا يتوقف على الاهتمام بالحل المثل وحده بل على معالجة المريض معالجة شاملة وتغذيته بطعام يخلو من الملح . ونستقي من العلاج بالمواد الطبيعية اصابات الذئبة الحادة وتحت الحادة المنتشرة في السل الجلدي المحمر . وفي الاصابات الموضعية الصغيرة تقطع الانسجة المتلة ونحيط الجلدة ثم نسلط على الموضع المصاب الاشعة المجهولة والنور الكيميوي ونفضل هذه الطريقة على الكي بالمسك الكهربائي . وفي بعض هذه الحالات نستعمل الشرط الرضفي او الحرارة النافذة بدلاً من الاشعة المحدودة . وفي الاصابات التي تتراكم او تمتد فيها القروح نستعمل الكي قبل الاشعة المجهولة والنور الكيميوي . اما في علاج القوّهات والمجازي في امكاننا استعمال الكهت قبل الاشعة المجهولة وربما استعملنا الراديوم في علاج الاغشية المخاطية على الاخص . اما الاشعة المحدودة فلو استعملت بشدة كافية وكانت مقرونة بالاشعة تحت الاحمر فانها تقصر مدة العلاج وتستعمل الشفاء .

على الطيب ان لا يكثر من العلاجات المختلفة وان لا يشدد الجلسات اذ ربما سبب ذلك التهاباً وقروحاً وعلى الاخص في اصابات الرقبة وبجوار العظام والغضاريف والقوّهات . وهذا العلاج الذي بسطته في ما تقدم لا ينطبقه على كل انواع اصابات الذئبة حتى السرطانية منها بل على لحمية بوكشه والطفح الوردى المتصلب لبازان .

١٥ - السل السحائي : كان اول من استعمل الاشعة المجهولة لعلاج السل السحائي الاستاذ فينر ولكن تجاربه لم تسفر عن اية نتيجة ثم تبعه الاستاذ بوكاي فذكر لنا في السنة ١٩٣٢ خمسة حوادث عالجها بالاشعة

وقال انها انتهت بالشفاء . وانبرى الكثيرون اذ ذاك واستعملوا طرق بوكاي ولكنهم كذبوا قوله ولم يوافق عليه احد منهم . بل على العكس قال الكثيرون ان علاج السل السحائي بتسليط الاشعة المجهولة على الدماغ او على النخاع المستطيل لا يأتي بالتأثير الحسنه فقط بل يجعل موت المريض . لذلك نمل شفاء الحوادث كما ذكرها بوكاي بان الاصابات كانت من نوع السل السحائي المحصور الذي يشفى عفواً من تلقاء نفسه . ونحن نعرف على قول بعضهم عن بعض الحوادث المصحوبة بالاستسقاء الدماغية ان كمية السائل اصبحت قليلة بعد العلاج بالاشعة وانما هذا التحسن لا يعني الشفاء . انما الاختبار دلنا على انه اذا استؤصلت بؤرة درنية من الدماغ يمكننا بعد العملية الجراحية استعمال الاشعة المجهولة .

١٦ - سل العين وملحقاتها : باب على جانب عظيم من الاهمية لشدة

احساس انسجة العين والدور الذي تلعبه في حياة الفرد . وكما قلت في سل الجلد عن تعاون الاختصاصيين اقول ايضاً هنا ان تعاون الاختصاصي بامراض العين والاختصاصي بالاشعة امر ضروري جداً لترتيب العلاج والوصول بالمرضى الى الشفاء اذ لو استعملنا الراديو ام او الاشعة خطأ او بشدة لسببنا تجمعاً في المتحمة واضطراباً في القرنية واطلام العدسة والسعيقة (غلو كوما) اما اشعة الطيف الشمسي ومايجوارها كالأشعة تحت الاحمر مثلاً فلو استعملت بطريقة خاطئة لسببت اطلام العدسة وقروحاً في الشبكية والمشيكية والاشعة فوق البنفسجية تهيج الجزء الامامي من العين فباختلاف الاشعة تختلف النتيجة وهذا ما يساعدنا على انتقاء انواع الاشعة لمعالجة مختلف اصابات العين.

واذا قارنا بين الاشعة المجهولة والراديوم نرى ما قاله هوفمان بعد اختبار طويل وهو ان اشعة غما هي وحدها تصلح للعلاج بعد ترشيحها وتصفيتها بدقة ، والاشعة المجهولة تسبب اشتداد المرض قبل الحصول على التحسن أو الشفاء . اما الراديوم فلا يثير اعراض المرض وبالمعالجة به يقترب المريض من الشفاء ببطء اكثر . بفضل الراديوم وتأثيره البطيء في الاصابات المصحوبة بارتشاح اما الاشعة المجهولة مع اطلاق شوارد (يونات) الفضة أو النحاس فنفضلها في الاصابات المنبتة او الندبية . وفي كل علاج يجب ان نلاحظ تأثير الراديوم أو الاشعة والحذر من احداث قروح في الانسجة . اما في التهاب الجزء الحجابي للعصب البصري فيمكننا تشديد العلاج لمعق مركز الاصابة مع علاج الصدفين وتصويب الاشعة الى جسم العظم السفني حيث يلتقي تجويف العينين وهنا تتفوق الاشعة والراديوم على الجراحة في علاج الكيس الدمعي الدرني فبمعالجته بهما يشفى ويحفظ بوظيفته وهذا ما تعجز دونه الجراحة . في التهابات القرنية المنبتة بفضل الاشعة المجهولة والراديوم اما في الحنازيرية فنعطينا اشعة النور الكيميوي فائدة اكثر . اما الذئبة في المتحممة والتهابات المتحممة الدرقية على العموم فنعالجها بالاشعة فوق البنفسجية والاشعة المجهولة مع اطلاق شوارد الفضة أو النحاس .

يتضح اذن مما بسطنا في ما تقدم عظم أهمية العلاج بالمواد الطبيعية ولا سيما الاشعة المجهولة واشعة النور الكيميوي والراديوم . وما لذلك من الشأن في اصابات السل غير الرئوي وقد أثبتت التجارب شفاء حوادث عديدة كالاورام النفاوية وسل الصفاق والذئبة وغيرها وتقدم كثير من الاصابات

الآخرى نحو الشفاء . كاصابات سل المثانة وسل الاعضاء التناسلية في الانثى والذكر وسل العين وملحقاتها . وهذا العلاج يسهل لنا شفاء سل العظم المفصلي وعلى الاخص سل المفاصل الصغيرة . وبه نجد عوناً كبيراً لنا في علاج سل الكلى . اما سل الاعصاب وعلى الاخص النوع السحائي فلا تأثير لهذا النوع من العلاج فيه .

وفي الختام يجوز لي القول انه يجب ان لا نتوقع من هذا النوع من العلاج اكثر مما يسمعه ان يعطينا من نتائج حسنة ومع اتنا لا نستطيع في كل وقت ان نكفل شفاء المريض التام يجب علينا ان لانهمل مطلقاً علاج السل غير الرئوي بالمواد الطبيعية التي ذكرتها . واذا لم تفعل نكون مقصرين بالواجب نحو المريض نفسه ونحو الهيئة الاجتماعية التي فرضت علينا النهوض بهذا الواجب على خير الوجوه التي تتطلبها مهمة الطب الشريفة التي انما وجدت لخدمة الانسانية والسمو بها الى المنزلة التي تنفق مع مرامي الحضارة



الشباب والأشباب

٩.

لعلم شوكة موفق الشطي

الشرب

الاشربة : يصرف الانسان يوماً في سبله المختلفة مقداراً من الماء لا يقل عن لترين ونصف اللتر ولا يمكن تلافى هذا المقدار الا بتناول الاشربة على اختلاف انواعها وافضلها الماء فانه غذاء لا يمكن الاستغناء عنه .

يختلف تقدير حاجة الشخص من الماء بحسب طراز الحياة ونوع المعيشة ولتر وربع هو حد وسط على ان ينقص منها ما يتأوله من سوائل لاف كثرة تناول الماء لا تخلو من اضرار . نهى القرآن الكريم عن الاسراف في الطعام والشراب وقاية من الامراض وكان من هدي النبي في الشرب دعوته الى مص الماء معاً فقد جاء في الحديث الشريف (اذا شرب احدكم فليمص الماء معاً) وفي صحيح مسلم ان النبي صلى الله عليه وسلم كان يتنفس في الشرب ثلاثاً ويقول (انه اروي وامراً وابطراً) ومعنى تنفسه في الشراب ابانة القدح عن فيه وتنفسه خارجه ثم يعود الى الشراب كما جاء مصرحاً به في الحديث الآخر (اذا شرب احدكم فلا يتنفس في القدح ولكن لين الاثاء عن فيه) وفي هذا الشرب حكم حجة وفوائد مهمة وقد نبه صلى الله عليه وسلم على

منافعها بقوله انه اروي وامراً و ابرأ فاروى اشديا وابلغه واقعه و ابرأ أفضل
 برأ من شدة العطش لتردده على المعدة دفعات فتسكن الدفعة الثانية ما عجزت
 الاولى عن تسكينه والثالثة ما عجزت الثانية عنه وايضاً فانه اسلم لحرارة المعدة
 وابقى عليها من ان يهجم عليها البارد وهلة واحدة ونهلة واحدة وايضاً فانه
 لا يروي لمصادفته لحرارة العطش لحظة ثم يقلع عنها ولما تكسر سودتها
 وحدتها وان انكسرت لم تبطل بالسكينة بخلاف كسرها على التمهل والتدريج
 وايضاً فانه اسلم عاقبة وآمن غائلة من تناول جميع ما يروي دفعة واحدة
 وقوله وامراً هو أفضل من مري الطعام والشراب في بدنه اذ ادخله وخالطه
 بسهولة ولذة ونفع

وقد روى الترمذي في جامعه عن النبي صلى الله عليه وسلم (لا تشربوا
 نفساً واحداً كشراب البعير ولكن اشربوا مثنى وثلاث)
 ومن هديه ايضاً الشرب قاعداً . وفي جميع ذلك من الفوائد الطيبة
 ما لا يشك فيه طيب فان الشرب على دفعات وفي وضعة القعود التي تكون
 فيها المعدة مضغوطة بمضلات البطن ما يساعد الانسان على التوقي من الوقوع
 في شرور مرض التبدد وبلغ الهواء الذي يرتفع فيه الحجاب فيضنط اعضاء
 الصدر المختلفة ويولد فيها اضطرابات متنوعة منها تشوش نظم القلب واضطراب
 الاستدماه اي اصلاح الدم الفاسد بتحويله الى دم صالح . ويؤدي تمدد المعدة
 هذا بالماء والهواء الى الضغط على احشاء البطن فيضطرب عملها ويتيج من
 ذلك وعكة وازعاج .

زوم الامتناع ، والافراط في التغذية:

« يا ايها الذين آمنوا لا تحرموا طيبات ما احل الله لكم ولا تتعدوا ان الله لا يحب المعتدين وكلوا مما رزقكم الله حلالاً طيباً واتقوا الله الذي اتم بهمؤمنون» آية كريمة في المائدة (ان اجبض الناس الى الله المتخضعون للملأى) حديث شريف (ما ملأ ابن آدم وعاء شراً من بطنه) حديث شريف (اصل كل داء البردة) حديث شريف

ترشد الآية الكريمة الى عدم حرمان النفس مما احل الله من الطيبات تنفساً وتقرباً اليه تعالى والى عدم الاعتداء فيها بتجاوز حد الاعتدال الضار بالجسد كالزيادة على الشبع والري والى ذلك ايضاً تشير الاحاديث الشريفة. عرف منذ القدم ان الاكثار في تناول الاشربة ولا سيما اثناء الطعام ، الا لاجة يساعد على توسع المعدة ويخفف حموضتها فيبطئ عملها وان الاسراف في الاكل يفسد الدم ويؤدي الانبوب الهضمي ويولد اضطرابات فيه وان تشوشات الانبوب المذكور تدعو الى اضطراب الجهاز الدوراني والتنفسي وان اضطراب هذه الاجهزة الثلاثة (الهضمي والدوراني والتنفسي) بعضها او كلها يولد اضطراباً في الجهاز المعبي والحسي وهكذا فان اعضاء الانسان تبدو كحلقة متواصلة لا يعرف بدؤها من اخرها فاذا اودى احدها اضطرب له الثاني والثالث حتى يعم الاضطراب الجسم كله .

ان الانبوب الهضمي عرضة للاضطراب اكثر من غيره بسبب ما يرد اليه من طعام وشراب وما يمتصه من مواد تنتشر في الجسم ففسيده وتغذيته ان

كانت كميته معتدلة ونضره وتوؤذيه ان كانت كميته زائدة فتولد فيه امراضاً عديدة اهمها ما يعرف بالحرص والى ذلك يشير قول طيب العرب الحارث بن كلدة (البطنة اصل الداء والحمية اصل كل دواء)

لقد نينا ان الانسان يأخذ من الغذاء في الغالب فوق حاجته ويفضي ذلك اولاً فيه الى احد امور ثلاثة وهي :

١ - احتراق الاغذية وزوالها .

٢ - اقتراعها بالاعضاء الطاردة والمفرقة .

٣ - تراكمها بشكل شحوم في اعضاء الجسم وتنواؤه بها .

وفي الاحوال الثلاثة المارة الذكر تكليف للجسم بمعمل لا طائل تحته وارهاق لاعضائه دون جدوى .

تضطر الاعضاء في اللحمين (*) الى مضاعفة نشاطها فيكثر توارد الدم اليها فتحقق ويؤثر الاحتقان في الاعصاب المرتبطة بتلك الاعضاء فتضطرب وبما ان اللحم يدخل في كثير من الاطعمة ويتنوع طبعه ويمزج بتوابل عديدة فان كثرة تناوله تصطبغ بافراط في تناول التوابل ويؤدي ذلك الى تنبه الانبوب الهضمي وكثرة افراز المخاط من غشائه الباطني ويحدث اخيراً التهاب معوي خاص يعرف بالتهاب امعاء اللحمين المخاطي . وينتج من اضطراب الاعضاء الى مضاعفة عملها اضطراب توازنها فتزيد الانقباض وتضطر الكلية الى افرانها علاوة على عملها فتتوهم بحملها . هذا في بادى الامر على انه اذا استمر ذلك ادى الى عسر قيام الاعضاء بعملها فقصورها ونتج منه امراض

(*) اللحم : الاكول اللحم . القرم اليه

سوء الاختذاء المعروفة بالحرص .

الحالة السابقة للحرص : يطرأ على المقرط في الاختذاء حالة تسبق اصابته بالحرص تتظاهر بتعب اعضائه وجهدا . ولا بد لنا لقهم اسباب ذلك من ذكر ما يلي :

تولد كل خلية من خلايا الجسم انقاضاً مختلفة الطبيعة والمقدار وهذه الانقاض ذوابة في البيئة الباطنة واخلاط الجسم او غير ذوابة فيها .

ترسب الانقاض التي لا تذوب حيث تتكون فتضف الاعضاء والنسج وتسبب تصلبها فشيخوختها قبل اوانها واما الانقاض الذوابة فانها تنتشر في الاخلاط فتسعى اعضاء الافراغ الى طردها فتعب بسبب ذلك تعباً لا تنفع فيه غير الراحة . فاذا استمر هذا التعب العضوي لا تكفي حينئذ الراحة الى الترميم فتتراكم الانقاض في الجسم وينتج منها ما يعرف بالانسام الذاتي المؤذي للنسج والاعضاء .

لا يشكو النهمون في الغالب اولاً من انبوههم الهضمي بل يشكون من وهن في نشاطهم العقلي والمضلي واضطراب في جهازهم البولي والدوراني ثم تبدو علامات ضعف انبوههم الهضمي فيبطؤ هضمهم ويصبح عسراً وتمكث الاطعمة في معدهم مدة طويلة فيسوء اختارها وتفسخ فيشعرون بثقل في الشر سوف وانتفاخ في البطن ووعكة عامة ودرغبة في النوم بعد الطعام . ولا يكون نومهم هادئاً بل مشوشاً يخالطه الكابوس والاحلام المزعجة وقد يصابون بالأرق بين حين وآخر .

ولا تلبث الاضطرابات ان تبدو في الامعاء المجاهدة التي اصبحت

منهوكة فتقل افرازاتها والافرازات المنصبة اليها فلا تتمعدل
امضية الكتلة الطغامية بسهولة ويخف تأثير المصارات البانكرياسية
والمعوية فيها فتكثر الفضلات وتتراكم في الاور فتستسيفها الجراثيم الساكنة
هناك وقد يؤدي ذلك مع الزمن الى التهاب الزائدة. وبما ان الكتلة الطغامية
لم تتمعدل تمديلاً كافياً بالمصارات المعوية فان بطانات الامعاء تنفعل فتتشنج
وينتج من ذلك كولنج وقبض واسهالات متقطعة وكثرة في افراز الحاط
يقي الغشاء النليل من سوء تأثير الكتلة الطغامية المخمرة فيه ولكنه يعوق
الامتصاص وينتج من ذلك التهابات المعى والقولون وما يصحبها من اضطرابات
عصية. وقد ثبت لدى بعض المؤلفين ان عناصر الصفراء تمر في الاكولين
الى الدم ويصحب ذلك اضطرابات في العروق وتمدد في المعدة وتراكم
الفاط في الاور وازدياد التوتر في البطن واحتقان في الكبد
وازداد في الضغط الشرياني وبواسير ودوالي وتصبح الجملة المعوية
خدوشاً فيشكو المصاب من اوجاع رأسية مستمرة في الرأس كله
او نصفه (شقيقة) ومن آلام عصية مختلفة ودوار واضطراب عام وهمود
وبلادة وخود صريح. ويتضح من فحص البول انه اصبح محتوياً على عناصر
ضارة تخدش الكلية اثناء مرورها منها ويتبين من فحص الفاط ان امتصاص
الاغذية ومثلها قد خف.

ويطلق على هذه الحالة الحالة السابقة للحرص فاذا لم يبادر الى معالجتها بالحمية
والاعتدال يستفعل الامر.

تمتص المسموم الطغامية مع الغذاء من قبل غشاء الامعاء الحاطي فتتقل

الى الدم ومنه الى جميع الاعضاء ومنها الغدد الصم واعضاء الجملة المصيبة فتتفعل وتحدث ارتكاسات عديدة في الاعصاب الحشوية تدعو الى زيادة الاحتمان في الاحشاء واشتداد اضطراب وظائفها ويضاف الى السموم الطامامية في الاكولين السموم النسجية الناتجة من اجهاد الاعضاء .

يتضح مما ذكر ان كثرة الغذاء تولد مظاهر قريبة من المرض واضطرابات عسية وغدية لا تلبث ان لم تعالج بنظام صالح للطعام ان تنقلب مظاهر حرضية المظاهر الحرضية : عديدة منها النقرس والسكري ورمل الكلوة والمرارة وحصاتها والاقضاج وغير ذلك وكلها امراض خطيرة يزيد في خطورتها ذبوع تأثيرها على المجتمع وتوارثها غير ان هذه الوراثة هي لحسن الحظ وراثية استمداد يستطيع الواث الافلات منها باتباع القواعد الصحية وتنشأ المظاهر الحرضية من تقصير الاعضاء والجسم في ارضاج اسس المواد الطامامية كلها او بعضها في النقرس والرمال لا تفكك المشتقات الآزوتية ولا تفل انحلالاً كافياً فتتراكم في النسيج وتولد النقرس او في الكلية وتولد الرمل الكلوي واما في الاقضاج فيعطى احتراق الاغذية في الجسم فتتراكم على هيئة شعوم منتشرة واما في الداء السكري فان اكثر امات القعم لا يستخدمها الجسم بل يطرحها واما في الديابيطس القوسفوري وما شابهه فان الجسم لا يستطيع مسك الملاح المعدنية مسكاً كافياً فتفرغ مع البول لذلك صبح نمت هذه الامراض بامراض سوء الاغذاء لان المواد الغذائية لم تستخدم من قبل الجسم او انه استخدم بعضها او انه اسي استخدامها فيه .

وبعد بعض المؤلفين اليوم امراض الحرض مظاهر دفاع الجسم ضد

السوم المتركة فيه والناتجة من كثرة الغذاء فرسوب حامض البول في
 انقرس والرمال وتكون الشحوم في الانقباض وسيلة يقي الجسم بها نفسه
 من كثرة الانقباض المؤذية للجوالة فيه التي ينقصها التأكد فتتراكم على هذا
 شكل ويتخلص البدن من شر اخبث من هذا وكذلك الليلة السكرية فانها ارتكاس
 دفاقي فيطرح الجسم بهذه الوساطة السكر الذي لا يستطيع تثبيته او تحويله
 والاستفادة منه اذ لو بقي فيه ربما تضاعف تضاعفاً سيماً وسبب موتاً عاجلاً .
 فظاهر المرض والحالة هذه على رأي بعض المؤلفين مظاهر دفاع ضد
 انقسام الجسم بالاغذية . ومما ثبت ذلك انه كثيراً ما تتلو نوب انقرس والرمال
 هجمة في الاضطرابات الذي يشكو منها المصاب باضطراب افراط الاغذية
 ان تجوال السوم المولدة من الانقسام الذاتي في الدم تصلب الشرايين
 وترضها للتزق وتنقص سعتها فيقل الدم الوارد بها على الاعضاء
 فتضطرب ثم تتصلب فيقل نسيجها النيل ويكثر نسيجها الضام . واكثر
 الاعضاء تعرضاً للتصلب هي الاعضاء النشيطة المرهقة وخاصة الكلية والكبد
 ويصحب تصلب المروق ارتفاع الضغط الشرياني .

اما الجملة المعصية فانها تضطرب ايضاً لاغذائها بدم فاسد قليل ويبدو
 اضطرابها بشعوب لون الوجه وبعلامات فاقة دم الدماغ من بسيطة كطين
 الآذان والدوار والمص والحذر او خطرة كالصم والبكم والعمى

واما الانبوب الهضمي فقد بدأ الاضطراب به ويزيده تصلب تشويشاً
 واختلاطاً . ويعم الداء اعضاء الجسم الباقية فتتصلب اعضاء الجهاز الرئوي
 وتصاب القصبات بالتهاب مزمن وقد يعتري المصاب نوب ربو مزمنة

وتتصلب الاسناخ الرئوية ويفضي ذلك الى تمزقها واشتراك بعضها ببعض وحدوث الانتفاخ الرئوي وتشوش النظم التنفسي وقد يصاب الشخص بوذمة الرئة والحقاق الصدري ويزيد ذلك كله في اضطراب الجهاز الدوراني فيضحم القلب ثم تتوسع تجاويفه وتحتقن الاعضاء بالدم وينتهي الامر بالموت فيموت المتصلب الشرايين من تصلب كليته وقصور قلبه او من الحثاق الصدري او من وذمة الرئة او من هشي بصلي او من نزف دماغي .

وعدا ذلك فان المصابين بالمرض اقل مقاومة ضد الامراض المعفنة واكثر ترضاً لها . تلك هي مضار البطنة في الفرد وقد قال الاعشى .

بهذا المعنى :

ان الشبح داعية البشم وان البشم داعية السقم وان السقم داعية الموت فن مات بهذه الميته فقد مات ميتة ثيمة وهو مع هذا قاتل نفسه وقاتل نفسه الأم من قاتل غيره

تلك هي خلاصة عن مضار البطنة في الفرد على ان ضرر البطنة يعمدى الفرد الى المجتمع وذلك بانتقال هذه الامراض الناجمة عنها وراثه كما اسلفنا وبقلة اخصاب البطونين فقد ثبت ان من اسباب قلة النسل في شعب من الشعوب كثرة المرض في بنه لذلك يتساءل بعض علماء القرنسيين ؟ لم لا تكافح البطنة كما يكافح السل فان خطرهما على الافراد والنسل والشعب لا يقل عن خطره ولا يمكن التخلص من الوقوع في شر هذه الامراض الا بمكافحة النهم اي باقصاص السموم الواردة مع الطعام والشراب والنشاط والحركة وينقل عن ابقراط انه قال استدعوا الصحة بترك التكاسل وترك

الامتلاء من الطعام والشراب . وإلى هذا ترشد الصلاة والصوم فمن بعض مقاصد الصلاة الحركة ومن بعض مقاصد الصوم واداب الاكل النبوية اجتناب الامتلاء كما ينأ في الآية الكريمة والاحاديث الشريفة . لا شك ان العمل بهدي النبي في امر الطعام والشراب يحتاج الى ارادة قوية ولعله لذلك لم يفرض الصيام الا بعد الصلاة لما لها من اثر في تهذيب النفوس والتمويد على الطاعة

كلمة تاريخية عن الغذاء

وبعض ما قاله حكيماء المصور السابق في امر الغذاء وزم الامتلاء دعاء الى كتابة هذا البحث ما قرأته في احد اجزاء المجلة الطبية العلمية عن الغذاء للدكتور هلك الأستاذ في جامعة بيروت الاميركية للمقالة من صلة بالاشباب والغذاء ولتين كما يطلب مؤلف المقالة نبذا عما دونه مؤلفو العرب والشرق في بطون كتبهم العلمية . يقول الدكتور هلك في مقاله لو تصفحنا التاريخ لكي نقف على زمن بداية الاختبارات الفنية للتوصل الى معرفة اقل ما يلزم من الغذاء لحفظ الحياة لوجدنا ان ذلك الزمن حديث بالنسبة الى الوقت الذي مر منذ وجد الانسان على الارض الى الآن . وقبل الشروع في تجربتنا دعونا نقف على التاريخ اترى هل فيه شيء يخص بموضوع هذا المقال اذا راجعنا المهد القديم وجدنا انه قد جاء فيه ان دانيال ورقعاه ظلوا ثلاث سنوات لا يأكلون سوى القطاني ولا يشربون الا الماء الصرف . فلم يذوقوا الاطايب التي كانت تقدم لهم من لدن الملك نبوخذ نصر ولا شربوا من

مشروبه . ومع ذلك كله كانت مناظرهم احسن وكانوا اسمن لحماً من كل
القتيان الآكلين من اطايب الملك وقد فاقوهم معرفة وعقلاً وحكمة . ففي
كل ما سألهم عنه الملك وجدهم عشرة اضعاف فوق كل الجوس والسعرة
الذين في مملكته ولكننا لا نعلم شيئاً علماً تاماً عن العمل الذي كانوا يقومون
به لان ذلك لم يرد ذكره في السفر المذكور . هذا كل ما يمكن ان نجده
في التاريخ مما له علاقة بموضوعنا الى غاية سنة ١٥٠٠ ب . م

ان لويجي كارتارو الايطالي الذي توفي سنة ١٥٦٥ م . بالآ من العمر مئة
سنة اصيب وهو في الاربعين من عمره بمرض عجز اطباؤه عن ان يشفوه منه
فقطموا الامل من حياته وانذروه بانه لا يعيش سوى بضعة اشهر فمقدانية
علي ان يعيش عيشة الاعتدال ويعتمد على البسيط من الطعام تقوت به تقويتاً
فلا يفرط في شيء . وهكذا فعل فحسنت حالته الجسدية والعقلية وامسى
قادراً على ان يقوم ببعض الاعمال حتى بين السنة الثمانين والحامسة والتسعين
من عمره كما جاء في بعض المقالات التي حررها بيده وقد ترك لنا مثليين امتدح
بهما خطته الغذائية قال :

من كان ذا شهوة شديدة للطعام فعليه ان يتناول القليل منه ، وقال ايضاً
ان الطعام الذي يقادره المرء على المائدة بعد تناول ما يحتاج اليه منه هو أفيد
له من المقدار الذي اكله .

ومما كتبه بهذا العدد جوزيف اديسن العالم الانكليزي انه لما كان
يجلس الى مائدة مثقلة بالاطعمة الشبية كان يخطر في باله دائماً ان في الوان
الاطعمة التي كان يراها امامه امراضاً مختلفة كامنة فيها كالنقرس والزلال

والحيات على اختلاف انواعها .

ومنذ سنة ١٩١٢ الى الآن نشر هندهيد في الدنمرك خمسة وعشرين تقريراً عن كيفية التغذية وهو يعتقد ان الانسان يقدر ان يعيش على ثلث كمية الآزوت التي اعتاد ان يتناولها .

ويدعي (هوارس فلتشر) الاميركي انه حين بلغ الرابعة والاربعين من عمره غير نسق مميسته وراعى فيها القواعد الاربع الآتية فكانت النتيجة انتقاله من حالة سيئة الى حالة جيدة جداً جسدياً وعقلياً واما قواعده فهي :

- ١ - ان لا يجلس الى المائدة الا وهو جائع ٢ - ان يعض طعمه جيداً
- ٣ - ان يقطع عن تناول الطعام قبل بلوغ درجة الشبع ٤ - ان لا يتناول من الاطعمة الا ما تشتهي النفس . وقد وجد الاطباء الذين فحصوا جسم فلتشر خفصاً مدققاً سنة ١٩٠٣ ان مقدورته الجسدية والعقلية كانت على ما يرام ومما يستحق الذكر وتهمنا مرفته هنا هو ان نعلم بان فلتشر كان يتناول في مراعاته للقواعد الآتية الذكر نصف كمية الآزوت التي اعتاد الناس ان يتناولوها

هذه هي النبذة التاريخية التي يصدر الدكتور هلك فيها مقاله ولدى بحثنا عن الصيام تصفحنا ما قيل في امر الغذاء ومن ذلك مقالة الزميل فاضلنا على ابحاثنا بحثاً جديداً فيه نبذة عن الف في موضوع الغذاء من الاطباء الاقدمين والعرب وبعض اقوالهم اجابة الى سؤال الزميل فن اقوال ابقراط في هذا الصدد: انما نأكل لنعيش ولا نميش لنأكل . ومن اقوال الحرث بن كلدة : الحية هي الاقتصاد في كل شيء فان

الاكل فوق المقدار يضيق على الروح ساحتها ويسد مسامها ومن كلامه
 البطنة بيت الداء والحية رأس الدواء وينسب هذا الكلام الى الرسول صلى الله
 عليه وسلم واوله المعدة وبحت تبادور(*) العربي الذي صعب الهجاج وكان
 طيباً فاضلاً معمرأ في امر الطعام فقال: لا تأكل طعاماً وفي معدتك طعام
 ولا تأكل ما تضعف اسنانك عن مضغه فتضعف معدتك عن هضمه ولا
 تشرب الماء على الطعام وعليك بدخول الحمام في كل يومين مرة . وقد الف
 ابو زيد السبادي في الغذاء والصحة والقوة كتاباً سماه طبائع الاغذية وتدير
 الابدان(**) ومن كلام ثابت بن قرّة قوله ليس على الشيخ اضر من ان
 يكون له طبائخ حاذق وجارية حسناء لانه يستكثر من الطعام فيسقم
 ومن الجماع فيهرم ومن اقواله راحة الجسم في فلة الطعام وراحة النفس في قلة
 الآثام وراحة القلب في فلة الاهتمام وراحة اللسان في قلة الكلام . ومن
 كلام الرشيد الدواء الذي لا داء معه ان لا تأكل الطعام حتى تشتهي وان ترفع
 يدك عنه وانت تشتهي

ولابن المقفع في هذا الصدد قوله الاصل في امر اصلاح الجسد التحمل
 عليه من المأكّل والمشارب والباه الاخفافا ومن اقوال الاصمعي: اي بني
 قد بلغت تسعين عاماً ما تقض لي سن ولا انتشر لي عصب ولا عرفت
 ذنين انف ولا سيلان عين ولا سلس بول ، ما لذلك علة الا التخفيف من
 الزاد . فان كنت تحب الحياة فهذه سبل الحياة وان كنت تريد الموت فلا يبعد
 الله الا من ظلم نفسه . وقال عمرو بن العاص عن تأثير البطنة في المجتمع فوالله

ما بَطُن قوم قط الا قد دوا بعض عقولهم وما مضت عزمة رجل بات بطنياً
 وقال الحسن : ان ابن آدم اسير الجوع، صريع الشبع هذا وقد كتب
 اطباء العرب عن الغذاء كثيراً طبع منها كتاب منافع الاغذية ودفع مضارها
 لعمدة الاطباء ابي بكر محمد بن زكريا الرازي المتوفى سنة ٣٢٠ هـ ينتقد فيه
 كتابا جالينوس ويحيى بن ماسويه في الاغذية
 والف ايضاً ابن سينا المتوفى سنة ٤٢٨ كتاباً خصص اكثر اقسامه
 للغذاء سماه كتاب دفع المضار الكلية عن الابدان الانسانية وقد نظم سديد
 الدين بن رقيقة وهو ابو الثناء محمود بن عمر بن ابراهيم بن شعاع الشيباني (*)
 في صدد الغذاء الايات الآتية :

توق الامتلاء وعد عنه	وادخال الطعام على الطعام
واكثر الجماع فاز فيه	لمن والاه داعية السقام
ولا تشرب عقيب الاكل ماء	فتسلم من مضرات عظام
ولا عند الخوى والجوع حتى	تلهن باليسير من الادام
وخذ منه القليل ففيه تقع	لذي العطش المبرح والام
وهضك فاصلحته فهو اصل	واسهل بالايارج كل عام
وفصد العرق نكب عنه الا	لذي مرض رطيب الطبع حامي
ولا تحركن عقيب اكل	وصير ذاك بعد الانهضام
لثلا ينزل الكيلوس نجاً	فيلجج في المنافذ والمسام
ولا تدم السكون فان منه	تولد كل خلط فيك خام

وقل ما استطعت الماء بعد ان رياضة واجتنب شرب المدام
وعدل مزج كأسك فهي تبقى الحرارة فيك دائمة الضرام
وخل السكر واهجره ملياً فان السكر من فعل الطغام
واحسن صون نفسك عن هواها تفز بالخلد في دار السلام
وله ايضاً ص ٢٢٨

ان الغذاء وان كان الصديق لما هو المدير اعني قوة الوصب
فهو العدو لها ايضاً لان به زيادة الضد اعني عنصر الوصب
ونتهي بحثنا هذا يعمض الاحاديث الشريفة الواردة في هذا الصدد
لا يدخل ملكوت السماء من ملا بطنه روي عن عباس (وابن فضلكم عند الله عز وجل
يوم القيامة كل ووم اكل شروب) روي عن الحسن (ما زين الله رجل افضل
من غاف بطنه) روي عن حذيفة (من قل طعامه صبح بطنه وصفا قلبه ومن كثر
طعامه سقم بطنه وقسا قلبه) ومنها (نحن قوم لا نأكل حتى نجوع واذا اكلنا لانشبغ)
يتضح من ذلك ان آيات القرآن الكريم والاحاديث الشريفة ارشدت ارشاداً
جامعاً وكان من جلته الارشاد الغذائي كما بنا ويتضح من ذلك ان اطباء
العرب وحكامهم بحثوا في امر الغذاء واقرؤا قواعد تفوق قواعد فلتشر
الاربع فاليهم يرتد الفضل في ذلك .

(البحث صلة)

فهرس اول

فيه مواد المجلد الثالث عشر من مجلة المعهد الطبي العربي

مرتبة على حروف المعجم

الصفحة

— أ —

آداب عيادة المريض والاعتناء به	٢٣٩
استئصال لب ناع الاسنان	٥٠
مؤتمر الجراحة الفرنسي السابع والاربعون	٤٣٧

— ب —

بجهر الفم	٢٥٧
— البرداء بشرارك الصعاس والكيتين (معالجة —	٢٧
البرداء اللاحرورية	٣٢٣

— ج —

— انجذاب بالكارديلزول (مداواة سبعة حوادث —	٣٣١
جرح بطني صدري بمرمر ناري	٥١٦
الجراحة الاقتصادية في الامراض النسائية	٣٣٦
٣٢١٠١٢٩٠٦٥,٤ الجمعية الطبية الجراحية بدمشق	
٥٧٧,٥١٣,٤٤٩٠٣٨٥	

— ح —

— حبة الشرف (طريقة حديثة في معالجة —	٢٧٠
— حديث الحكمة (مختارات من كتاب —	١٠٠
— المحروقين (رأي جديد في آلية موت —	٢٢٧
— حكة الشرج (معالجة —	٢٢٤
الحية المائبة والفعادة في الحصى التيفية	١٩٣
التحولات القمية	٥٢
الحويئات في الكيمياء الحيوية	١٧٨

— خ —

خراج دماغي في عقب التهاب الجيوب الحاد والحمرة	١٣٦
— خراجات الرئة (لمحة عن معالجة —	١٩٩
خراج كبدي وكيس مائي	٥٣٥
— خناق الصدر الجراحية (معالجة —	٣٢

— د —

— الداء الافرمجي الزرنيخية بالتقطير الوريدي (معالجة —	٢٤٥
— داء رقص سيدنهام (حادثا —	٩
الداء آن السكري والافرنجي	٤٦٦
— الدوق في معالجة التوت الشرياني (رسول نظائر —	٤٠٦
تدفئة المساكن من الناحية الفريزية والصحية	٥٥٥

— ذ —

ذات عظم الفكين الزمنة السنية المنشأ	٥٣
-------------------------------------	----

— ر —

— الربو في الاطفال بمولد الضد المئوية (معالجة —	١٧٥
— الربو القصبي (المعالجة الذهبية في —	٣٠١
استرخاء كبدي مع تناذر شوفار	٦
الترامس الدموي التلي	١٥٥
رض البطن وتمزق الامعاء بدون تقفع الجدار	٧٥
رمة ورم الرحم اللبني وتدنيه الى ورم عظمي	٥٣٩
الرمال اللعابية	٤٨
ريمون ساودو	١٢٤

— ز —

— الزمر الدموية (طرز العمل في تحمري —	٢٠٩
--	-----

— س —

— سرطان الثدي (التشخيص الباكر في —	٣٤٦
— السعال (معالجة —	٢٣٢
— سلس البول الذاتي (معالجة —	٢٠٣
— السلعة الجحوظية بمحقن الكحول الصلبة (معالجة —	٤١١
— السبل وعلاجه (كتاب —	٤٤٣
— السبل غير الرئوي (علاج —	٦٠٣
سفتا الثالثة عشرة	٣
استنان الاجنة	٤٦
سهام وتناذر ارن — دوشان	٤٥٢

— ن —

٤٢٨٠٣٧٣٠٣٠١ الشباب والاشباب

٦٢٥٠٥٧٠١٤٨٥

١٢ — شلل عام اختلاطي ومتوق (حادثة —

— ض —

١٩١ — الضرر في الحوادث الالتهابية الحادة (تخفيف —

— ط —

٥٠٧.٣١٥ — الطب الشرعي وعلم السموم (كتاب —
٣٩٧ التظيم الميضي

— ع —

٨١ — عد الكريات البيض والصبغة الكروية في الزحار الكبدي
٤٢٢ عقم الزوجين وعلاجه

— ف —

٥١٢ — الفجر (مجلة —

— ق —

٤٩ — قطع الذروة التجريبي

— ك —

٤١٧ الكزاز
٣٧٧ — كسر الفك العلوي (حادثة —

الصفحة	
٥٨٨	— كسر عدد في نهاية النفا السفلى (معالجة —
٣٥٣	الكلى وازدياد التوتر الشرياني
٣٩٢	— الكلية الولادية (مشاهدتان تدرستان من تشوشات —
	— ل —
٢٥٠	— اللقاح المضاد للزلة الوافدة في الوقاية والشفاء (في استعمال —
٥٥	اللقاح ع . ك . غ . (B. C. G.) يقضي عليه انصاره
٥٤٤	التهاب الحويضة والكلية الحلي السمي
٥١٩	— التهاب رتج ماكال السلي (حادثة —
٥٢٥	التهاب المشكة الحاد والحليل
٦٨	التهاب صعب زمني منشأ النقرس
١٦	التهابات الكلية البردائية والعلة الكلوية نظيرة الشحم البردائية
	في البصرة
٥٢	التهاب اللثة بالاكروئين
٥٩٩	— التهاب المعى السلي باستهواء الصفاق (معالجة —
٤٥٥	— التهاب وريد ازرق (حادثة —
٢٨٤	التهاب الوريد الازرق
٢٧٨	— التهابات الاوردة في عقب العمليات ومعالجتها (انتهاء —
	— م —
١٣٤	— الامراض الزهرية في مستشفى ابن زهر للسنة ١٩٣٧
	(احشاء —
٥٩٢	— تمزق الرحم في أثناء المخاض (حادثة —
	— ن —
١٣١	تناذر دوشان — ارب في عقب توسط جراحي

الصفحة	
٢٥٣	تناذر موترة الفاقة المريضة
٤٩٤	التناذرات المؤلة لاستيلاء السرطان على العقل
٢٩١	تناذر شوفار — سقيل
١٤٥	— نواسير الشرج بالحقن المصلية (معالجة —
٨٦	نظرية اللوليات
١٦٦	— منهاج الابدان في ما يستعمله الانسان (كتاب —
	— ه —
٥٨٦	— هرعية عقب شفع تاجم عن شلل المصّب الاشيتياني (حادثة —
	— و —
٥٨٠	— الوراثة (بعض اختبارات عن علم —
١٢٣	الوفد الطبي العراقي في دمشق
٢٥٤	مولود عجيب
	— ي —
١٢٠	الايام الطبية في يروت

فهرس ثانٍ

فيه اسماء المطبوعات الحديثة المقرظة في السنة الثالثة

عشرة من هذه المجلة

الصفحة	
٤٨٣	السل وعلاجه لمؤلفه العليم فيليب شديق
٥٠٧, ٣١٥	الطب الشرعي وعلم السموم لمؤلفه العليم فؤاد غصن
٥١٢	مجلة النجر



فهرس ثالث

فيه اسماء كتبه المقالات مرتبة على حروف المعجم

الصفحة

٣٥٣ ، ٢٧٠ ، ٢٢٧ ، ١٧٥ ، ١٤٥ ، ٥٥ ، ٣٢	البابا (شفيق)
٥٥٥ ، ٣٦١	
١٣٦ ، ٦٨	يرقدار
٥٣٥ ، ٤٥٢ ، ٣٢٣ ، ١٣١ ، ٨١ ، ٥٦	ترايو
٦٨	تيايو
١٦٦ ، ١٠٠	جقي (مراد فؤاد)
٤٩٤	حاتم (يوسف)
٣٨٦ ، ٣٣١ ، ١٢ ، ٩	الحكيم (اسد)
٢٥٧ ، ٢٤٥ ، ٢٠٣ ، ١٩٩ ، ١٩٣ ، ١٢٩ ، ٦٥ ، ١	خاطر (مرشد)
٤٧٣ ، ٤٥٥ ، ٤٤٩ ، ٣٨٥ ، ٣٢١ ، ٢٨٤ ، ٢٧٨	
٥٧٧ ، ٥١٩ ، ٥١٣ ، ٥١٢ ، ٥٠٧	
٤١٧ ، ٢٣٩ ، ٢٣٢	الحوري (كامل سليمان)
٣٢٧	الحوري (ميشيل)
٣٩٢ ، ٢٠٩ ، ١٥٥	الدويدري (انور)
٨١	ربيع (جميل)
٢٧	ريشار يوتيه
٨٦	زغيب (ميخائيل)
٥٩٢	السادات (منير)
٥٩٩ ، ٤٦٦	سبيح (حسني)

الصفحة

- سبح (صلاح الدين) ٣٢٣ ، ٤٥٢ ، ٥٣٥
 شايو ١٣٦ ، ٣٢٧ ، ٤٦٣ ، ٥٨٨
 شدياق (قليب) ٦٠٣
 الشطي (شوكت موفق) ٣٠١ ، ٣١٥ ، ٣٧٣ ، ٤٢٨ ، ٤٨٥ ، ٥٧٠
 ٦٢٥ ، ٥٨٠
 شورتى (منير) ٤٦١
 الصباغ (ممدوح) ٥٨٦
 الصواف (محمد وحيد) ٦ ، ٢٩١ ، ٤٠٦ ، ٥٢٥
 الصائدي (محمد منيف) ٣٨٩
 عربقنيجي (يوسف) ٣٨٨
 المظله (بشير) ٤٤٣ ، ٥٩٩
 العلمي (عبد الحليم) ٤٢٢
 الفحام (جمال الدين) ١٦
 القنواقي (شوكت) ٧٥ ، ١٣١ ، ٤٥٥ ، ٤٦١
 الكواكبي (صلاح الدين مسعود) ١٧٨
 لوسركل ٤٦١ ، ٥٢٥
 المالح (مصباح) ٤٦ ، ١٩١
 محرم (محمد) ١٢٤
 المحملجي (عبد الغني) ١٣٤
 مريدن (عزة) ١٣١ ، ٣٢٣ ، ٤٥٢ ، ٥١٦ ، ٥٣٥
 مونو ٣٤٦
 نجا (وجيه) ٣٣٦ ، ٣٤٦ ، ٣٩٧ ، ٥٣٩ ، ٥٤٤
 نصار (جمال الدين) ١٢٠ ، ٤٦١ ، ٥٨٨
 لافو ٥١٦



